



MARCOS NORMATIVOS NACIONALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA ASISTENCIA DE SALUD

ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO ES UNA CUESTIÓN DE VIDA O MUERTE



CICR



CICR

Comité Internacional de la Cruz Roja
19, avenue de la Paix
1202 Ginebra, Suiza
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57
shop@icrc.org www.icrc.org
© CICR, octubre de 2015

Portada: Marizilda CRUPPE/CICR

MARCOS NORMATIVOS NACIONALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA ASISTENCIA DE SALUD

**INFORME DEL TALLER DE BRUSELAS
29-31 DE ENERO DE 2014**

Los siete Principios Fundamentales del Movimiento

Proclamados en Viena, en 1965, los siete Principios Fundamentales crean un vínculo entre las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, el Comité Internacional de la Cruz Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Los Principios Fundamentales garantizan la continuidad del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y su labor humanitaria.

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 los hombres 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.

Imparcialidad

No hace ninguna distinción de nacionalidad, raza, religión, condición social ni credo político. Se dedica únicamente a socorrer a los individuos en proporción con los sufrimientos, remediando sus necesidades y dando prioridad a las más urgentes.

Neutralidad

Con el fin de conservar la confianza de todos, se abstiene de tomar parte en las hostilidades y, en todo tiempo, en las controversias de orden político, racial, religioso e ideológico.

Independencia

El Movimiento es independiente. Auxiliares de los poderes públicos en sus actividades humanitarias y sometidas a las leyes que rigen los países respectivos, las Sociedades Nacionales deben, sin embargo, conservar una autonomía que les permita actuar siempre de acuerdo con los principios del Movimiento de la Cruz Roja.

Voluntariado

Es un movimiento de socorro voluntario y de carácter desinteresado.

Unidad

En cada país sólo puede existir una Sociedad de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja, que debe ser accesible a todos y extender su acción humanitaria a la totalidad del territorio.

Universalidad

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, en cuyo seno todas las Sociedades tienen los mismos derechos y el deber de ayudarse mutuamente, es universal.

ACRÓNIMOS

CADH – Convención Americana sobre Derechos Humanos

CADHP - Convención Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos

CDESC – Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

CEPDH – Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos de 1950

DIDH – Derecho internacional de los derechos humanos

DIH – Derecho internacional humanitario

CG I, II, III y IV – Convenios de Ginebra I, II, III y IV de 1949

P I y II – Protocolos I y II de 1977 adicionales a los Convenios de Ginebra de 1949

P III – Protocolo III adicional a los Convenios de Ginebra de 1949

PIDESC – Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales

PIDCP – Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos de 1966

ÍNDICE

1. RESUMEN	7
2. EL PROYECTO ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO	11
3. EL MARCO JURÍDICO PARA LA PROTECCIÓN DE LA ASISTENCIA DE SALUD	15
3.1. EL MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL (DIH y DIDH)	15
3.1.1. <i>Protección general</i>	15
3.1.2. <i>Normas específicas</i>	16
A) <i>Protección de los heridos y los enfermos, el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios</i>	16
B) <i>Los emblemas distintivos</i>	21
C) <i>La ética y la confidencialidad relacionadas con la asistencia de salud</i>	24
3.1.3. <i>Sanciones</i>	25
3.2. MARCOS JURÍDICOS NACIONALES – RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL	27
3.2.1. <i>Introducción</i>	27
3.2.2. <i>La protección de la asistencia de salud en el derecho y la práctica nacionales</i>	28
4. EL TALLER DE BRUSELAS: DEBATES Y RECOMENDACIONES	35
4.1. OBSERVACIONES GENERALES	35
4.2. DEBATES Y RECOMENDACIONES	36
4.2.1. <i>Primera reunión: ¿cómo hacer más eficaz la protección jurídica de los heridos y los enfermos, el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios?</i>	36
4.2.2. <i>Segunda reunión: ¿cómo mejorar legalmente el uso adecuado de los signos distintivos, regulado por el derecho internacional, y de los demás signos utilizados para identificar las actividades de salud?</i>	43
4.2.3. <i>Tercera reunión: ¿cómo otorgar una protección jurídica a la ética y la confidencialidad médicas en los conflictos armados y otras emergencias?</i>	51
4.2.4. <i>Cuarta reunión: ¿cómo reprimir y sancionar eficazmente las violaciones de las normas por las que se protege la prestación de asistencia de salud?</i>	59
5. OBSERVACIONES FINALES	67
ANEXOS	71
ANEXO 1. ESTUDIOS DE PAÍSES	71
BELARÚS	71
BÉLGICA	74
COLOMBIA	77
KENIA	81
MÉXICO	87
NEPAL	90
ANEXO 2. LISTA DE PARTICIPANTES	94
ANEXO 3. PROGRAMA DEL TALLER	98



1. RESUMEN

En el presente informe, se resumen los resultados del taller sobre marcos normativos nacionales para la protección de la asistencia de salud, que se celebró en Bruselas del 29 al 31 de enero de 2014, junto con las principales conclusiones del estudio de referencia realizado previamente por el Servicio de Asesoramiento en Derecho Internacional Humanitario del CICR. El taller fue organizado conjuntamente por el CICR, la Comisión Interministerial de Derecho Humanitario de Bélgica y la Cruz Roja de Bélgica. Entre los participantes, figuraron funcionarios públicos, miembros de las comisiones nacionales de aplicación del derecho internacional humanitario (DIH) o de organismos similares, parlamentarios, expertos independientes y representantes de organizaciones con conocimientos especializados en algunos de los temas del orden del día del taller.

Como parte del proceso de consultas con expertos del proyecto Asistencia de salud en peligro, presentado en la sección 2 del presente informe, el objetivo del taller de Bruselas fue determinar qué medidas y procedimientos nacionales concretos, en particular, legislativos y reglamentarios, pueden establecer las autoridades del Estado a fin de aplicar el marco internacional vigente para proteger la prestación de asistencia de salud y el acceso a esta en los conflictos armados y otras emergencias. Con este fin, se alentó a los participantes a intercambiar las experiencias nacionales y los conocimientos especializados para ayudar a determinar las prácticas idóneas y los posibles desafíos, y formular recomendaciones específicas relacionadas con la aplicación de las normas y los estándares internacionales por los que se protege la prestación de asistencia de salud. En este sentido, el taller hizo hincapié en la aplicación del marco internacional vigente y no en la creación de nuevas normas o estándares.

Al preparar el taller, el Servicio de Asesoramiento realizó una investigación documental sobre los marcos normativos nacionales vigentes en relación con la protección de la prestación de asistencia de salud a nivel nacional. Para ello, se hizo llegar un cuestionario detallado a los asesores jurídicos regionales del Servicio de Asesoramiento, que recopilaron información pertinente sobre los marcos nacionales de 39 países de todas las regiones del mundo. Basándose en la información recopilada por medio del cuestionario, el Servicio de Asesoramiento preparó seis estudios de países, que figuran en el anexo 1 de este informe. Además, la sección 4 del presente informe contiene los resultados del estudio de referencia, precedidos por un resumen de las normas y de los estándares internacionales por los que se protege la prestación de asistencia de salud. Los participantes basaron los debates en la información contenida en dicha sección.

El taller comprendió sesiones plenarias y grupos de trabajo que se centraron en cuatro temas relacionados con la protección de la prestación de asistencia de salud en los conflictos armados y otras emergencias: (1) la protección jurídica de los heridos y los enfermos, el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios; (2) el uso adecuado de los signos distintivos de conformidad con el derecho internacional y de otros signos utilizados para la identificación de las actividades sanitarias; (3) la protección de la ética y la confidencialidad médicas; y (4) la represión y sanción de las violaciones del derecho en relación con la asistencia de salud. Para facilitar el debate, los participantes se dividieron en cuatro grupos de trabajo en función del idioma de preferencia: uno en francés, uno en español y dos en inglés. Cada grupo abordó los cuatro temas.

Las recomendaciones que figuran en la sección 4 del presente informe, junto con un resumen de los debates celebrados en el taller, son el resultado de una reflexión sobre los amplios debates e intercambios que tuvieron lugar entre todos los participantes durante las reuniones de los grupos de trabajo y las sesiones plenarias que las siguieron. Estas recomendaciones giran en torno a la adopción de tres grandes tipos de medidas a nivel: legislativo para la aplicación del marco jurídico internacional; de difusión y formación; y de coordinación entre las partes interesadas. Las recomendaciones también contienen medidas específicas para reprimir y sancionar eficazmente todas las formas de violencia contra la asistencia de salud. Cabe mencionar que estas recomendaciones las formuló el CICR basándose en el informe sobre los debates celebrados en el taller y en la investigación documental, sin la aprobación formal de los participantes.

Se alienta a las autoridades del Estado a que tengan en cuenta estas recomendaciones y reflexionen sobre la forma en que las medidas propuestas puede ayudarlas a cumplir sus obligaciones en materia de aplicación del marco jurídico internacional para proteger la prestación de asistencia de salud y garantizar una protección más eficaz de los servicios de salud. Considerando, sin embargo, que no todos los países han alcanzado el mismo nivel de cumplimiento de sus obligaciones internacionales en su ordenamiento jurídico interno, es importante que las autoridades estatales determinen cuáles de esas recomendaciones son pertinentes en su contexto y elijan los medios adecuados para ponerlas en práctica. A tales efectos, es necesario que los Estados adopten medidas para llegar a una comprensión más amplia de la índole y las causas de la violencia que se produce en su territorio contra la asistencia de salud.

Con esa perspectiva, se espera que las recomendaciones que figuran en el presente informe sirvan de orientación y de base para seguir elaborando en el ámbito nacional medidas prácticas destinadas a mejorar la protección de la prestación de asistencia de salud y el acceso a ella, y hallando soluciones adaptadas al contexto nacional o regional específico, que es en definitiva el fin para el cual han sido elaboradas.



2. EL PROYECTO ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO

Desde que se aprobó el primer Convenio de Ginebra en 1864, el respeto y la protección de los heridos y los enfermos, el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios han estado en el centro del desarrollo del derecho internacional humanitario (DIH). Sin embargo, hoy diversas formas de violencia siguen obstaculizando o poniendo en peligro la asistencia de salud en muchas partes del mundo.

La violencia, tanto en los hechos como en forma de amenazas, contra el personal, las instalaciones y los medios de transporte sanitarios en los conflictos armados y otras emergencias se ha generalizado y afecta a personas, familias y comunidades. Es probablemente uno de los problemas de índole humanitaria más graves que encaramos hoy; el número potencial de víctimas y sus efectos en las necesidades crónicas y agudas nos llevan a sacar esta conclusión.

En noviembre de 2011, la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja¹ pidió al CICR que iniciara la celebración de consultas con expertos de los Estados, el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y otros actores del sector de la salud. El objetivo era, y sigue siendo, hacer que haya más seguridad cuando se presta asistencia de salud en los conflictos armados y otras emergencias, e informar a la XXXII Conferencia Internacional, que tendrá lugar en 2015, sobre los progresos realizados.



¹ XXXI Conferencia Internacional, 2011: Resolución 5 – Asistencia de salud en peligro: <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm>.

El proyecto Asistencia de salud en peligro, puesto en marcha para apoyar este objetivo, ha llamado la atención sobre los actos a veces violentos que impiden u obstruyen la prestación de asistencia de salud. Esos actos van desde perpetrar ataques directos contra pacientes, trabajadores e instalaciones de salud y vehículos sanitarios hasta negar el acceso a los centros de salud, allanarlos y saquearlos. En la mayoría de los casos puede ser que equivalgan a violaciones del derecho internacional.

El proyecto reunió a las Sociedades Nacionales y diversas partes interesadas externas, como encargados de formular políticas, funcionarios públicos del sector de la salud, personal militar, organizaciones humanitarias y representantes de los círculos académicos, a fin de definir medidas y recomendaciones concretas que las autoridades y/o el personal de salud podrían aplicar para garantizar más respeto y protección de la prestación de asistencia de salud.

Así pues, entre 2012 y 2014, los expertos de unos 100 países participaron en una serie de talleres sobre los siguientes temas:

- la función y la responsabilidad de las Sociedades Nacionales en la prestación segura de asistencia de salud en los conflictos armados y otras situaciones de emergencia (dos talleres: Noruega e Irán);
- los derechos y las responsabilidades del personal de salud (dos talleres: Reino Unido y Egipto);
- servicios de ambulancia y atención prehospitalaria en situaciones de riesgo (un taller: México);
- la seguridad física de las instalaciones de salud (dos talleres: Canadá y Sudáfrica);
- el papel de la sociedad civil y los líderes religiosos en la promoción del respeto de la asistencia de salud (un taller: Senegal);
- la promoción de prácticas en las operaciones militares que garanticen un acceso seguro a la asistencia de salud y la prestación de dicha asistencia (un taller: Australia);
- marcos normativos nacionales para la protección de la prestación de asistencia de salud (un taller: Bélgica).

DEFINICIONES

Dado que el proyecto Asistencia de salud en peligro abarca diversas situaciones, los términos utilizados en la presente publicación, por ejemplo, personal e instalaciones de salud y medios de transporte sanitarios, se entenderán en forma más amplia que los términos “personal”, “unidades” y “medios de transporte” sanitarios definidos por el derecho internacional humanitario y que se aplican en los conflictos armados. Las expresiones personal sanitario, unidades sanitarias y medios de transporte sanitarios están comprendidas en la definición prevista en el DIH cuando están destinados exclusivamente a fines sanitarios por una autoridad competente de una parte en conflicto. En el contexto del proyecto Asistencia de salud en peligro, el personal, las unidades o los medios de transporte sanitarios pueden entrar en el ámbito de la definición, aunque no hayan sido destinados a tales fines por una parte en conflicto.

En la expresión **instalaciones de salud** se incluye los hospitales, laboratorios, dispensarios, puestos de primeros auxilios y centros de transfusión de sangre y los depósitos de suministros médicos y farmacéuticos de estas instalaciones².

La expresión **personal de salud** comprende³:

- a las personas con títulos profesionales de asistencia de salud, por ejemplo, médicos, enfermeros, paramédicos, fisioterapeutas y farmacéuticos;
- a las personas que trabajan en hospitales, dispensarios y puestos de primeros auxilios, conductores de ambulancias, administradores de hospitales o personal que trabaja en la comunidad en su calidad de profesional;
- al personal y los voluntarios del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que participan en tareas de asistencia de salud;
- al personal sanitario de las fuerzas armadas;
- al personal de las organizaciones no gubernamentales e internacionales orientadas a la asistencia de salud;
- a los socorristas.

La expresión **medio de transporte sanitario** comprende las ambulancias, los buques o aeronaves sanitarios, civiles o militares, y los vehículos que trasladan a los heridos y los enfermos, al personal sanitario y los suministros o equipamiento médicos. La expresión abarca todos los vehículos utilizados con fines de salud, aunque no estén destinados exclusivamente al transporte sanitario ni bajo el control de una autoridad competente de una parte en un conflicto, como los automóviles privados utilizados para trasladar a heridos y enfermos a una instalación de salud, los vehículos que transportan suministros médicos y las unidades de transporte de pasajeros que llevan personal sanitario (por ejemplo, cuando se realiza una campaña de vacunación o para trabajar en dispensarios móviles).

² CICR, *Asistencia de salud en peligro: La realidad del problema*, CICR, Ginebra, 2011.

³ CICR, *Asistencia de salud en peligro – Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias*, CICR, Ginebra, mayo de 2013.



3. EL MARCO JURÍDICO PARA LA PROTECCIÓN DE LA ASISTENCIA DE SALUD

3.1. EL MARCO JURÍDICO INTERNACIONAL

En esta sección se presentan las normas específicas del derecho internacional humanitario (DIH) y del derecho internacional de los derechos humanos (DIDH)⁴ relativas a la protección de la prestación de asistencia de salud en tiempo de paz, así como en los conflictos armados y otras emergencias.

3.1.1. Protección general

En virtud del DIDH, los Estados Partes en los tratados pertinentes tienen, en todas las circunstancias (es decir, en tiempo de paz y en los conflictos armados) la obligación de mantener un sistema de atención de salud que funcione. Deben garantizar el acceso a los centros, bienes y servicios de salud esenciales, a una alimentación esencial mínima, a un hogar, una vivienda y unas condiciones sanitarias básicas, así como a un suministro adecuado de agua salubre y potable, y de medicamentos esenciales, respetando al mismo tiempo los principios de no discriminación y acceso equitativo. Asimismo, los Estados deben formular y aplicar estrategias de salud pública⁵.

En el DIH existen disposiciones similares, en virtud de las cuales los Estados deben proporcionar víveres y suministros médicos a la población. Por ejemplo, en un territorio ocupado, la Potencia ocupante (con la colaboración de las autoridades nacionales y locales) debe asegurar y mantener, en toda la medida de sus medios, los establecimientos y los servicios médicos y hospitalarios, así como la salud y la higiene públicas, y adoptar las medidas profilácticas y preventivas necesarias para combatir la propagación de enfermedades contagiosas y de epidemias⁶.

⁴ El DIH es un conjunto de normas que, por razones humanitarias, trata de limitar los efectos de los conflictos armados. Protege a las personas que no participan o han dejado de participar en las hostilidades e impone restricciones a los medios y métodos de guerra. El DIH se aplica en situaciones de conflicto armado de índole internacional o no internacional.

El DIDH es un conjunto de normas destinado a proteger a las personas del comportamiento arbitrario de sus gobiernos. Los derechos humanos son derechos inherentes a todas las personas. En principio, se aplican en todo momento, en tiempo de paz y en situaciones de conflicto armado. Sin embargo, algunos tratados de derechos humanos permiten a los gobiernos suspender algunos derechos en casos de emergencia pública. Para más información sobre las analogías y diferencias entre el DIH y el DIDH: <http://www.icrc.org/spa/war-and-law/ihl-other-legal-regimes/ihl-human-rights/overview-ihl-and-human-rights.htm#header>.

⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas (CESCR), Observación general n.º 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 11 de agosto de 2000, http://conf-ts1.unog.ch/1%20SPA/Tradutek/Derechos_hum_Base/CESCR/00_1_obs_grales_Cte%20Dchos%20Ec%20Soc%20Cult.html. NB: Las observaciones generales constituyen una interpretación autorizada de las obligaciones que incumben a los Estados en virtud de los tratados de derechos humanos. Sin embargo, no son vinculantes para ellos.

⁶ En el art. 56 del CG IV, se establece que: "En toda la medida de sus medios, la Potencia ocupante tiene el deber de asegurar y mantener, con la colaboración de las autoridades nacionales y locales, los establecimientos y los servicios médicos y hospitalarios, así como la sanidad y la higiene públicas en el territorio ocupado, en particular, tomando y aplicando las medidas profilácticas y preventivas necesarias para combatir la propagación de enfermedades contagiosas y de epidemias. Se autorizará que el personal médico de toda índole cumpla su misión.

Si se instalan nuevos hospitales en territorio ocupado y si los organismos competentes del Estado ocupado ya no desempeñan sus funciones, las autoridades de ocupación efectuarán, si es necesario, el reconocimiento previsto en el artículo 18. En circunstancias análogas, las autoridades de ocupación deberán efectuar también el reconocimiento del personal de los hospitales y de los vehículos de transporte, en virtud de las disposiciones de los artículos 20 y 21.

Cuando tome las medidas de sanidad y de higiene, así como cuando las aplique, "la Potencia ocupante tendrá en cuenta las exigencias morales y éticas de la población del territorio ocupado".

Si bien el DIH y el DIDH permiten a los Estados asumir sus obligaciones de acuerdo con los recursos que tienen a disposición, la falta de recursos per se no es una justificación para la inacción. Cuando los recursos son muy limitados, los Estados adoptarán programas de bajo costo dirigidos a los grupos más desfavorecidos y marginados de la población⁷.

Para garantizar el acceso a la asistencia de salud en condiciones seguras, los Estados deben difundir lo más ampliamente posible en su territorio el contenido de las obligaciones del DIH y del DIDH. Esta información debe facilitarse, en particular, a las fuerzas armadas, así como a los funcionarios de protección civil y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley. Asimismo, es necesario sensibilizar al personal de salud y a la población civil en general⁸. Para la difusión es probable que haya que traducir los textos jurídicos. Los Estados deben poner asesores jurídicos a disposición de los comandantes militares y de los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para ayudarlos a aplicar y enseñar el DIH y el DIDH⁹.

3.1.2. Normas específicas¹⁰

A) *Protección de los heridos y los enfermos, el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios*

MARCO JURÍDICO¹¹

Protección de los heridos y los enfermos

Derecho internacional humanitario

Art. 3 común, CG I, II, III y IV

Arts. 6, 7, 9, 10, 12, 15, 18, 19 y 46, CG I

Arts. 6, 7, 9, 10, 12, 18, 21, 28, 30 y 47, CG II Art. 30, CG III

Arts. 16 y 91, CG IV

Arts. 10, 11 y 44 (8), P I Arts. 7 y 8, P II

Normas 109-111, Estudio sobre el DIH consuetudinario

Derecho internacional de los derechos humanos

Art. 25, Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948

Art. 2, CEDH

Art. 6 (1), PIDCP Art. 12, PIDESC Art. 4, CADR Art. 4, CADHP

Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley

CDESC, Observación general n.º 3

CDESC, Observación general n.º 14

⁷ CESCR, Observación general n.º 3, párr. 10; CESCR, "Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el "máximo de los recursos de que disponga" de conformidad 8 con un protocolo facultativo del Pacto", 10 de mayo de 2007, http://www2.ohchr.org/english/bodies/ceschr/docs/E.C.12.2007.1_sp.pdf, párr. 10.

⁸ Para más información sobre la difusión, véase la ficha técnica preparada por el Servicio de Asesoramiento del CICR, "La obligación de difundir el derecho internacional humanitario", https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/obligacion_difundir_dih.pdf.

⁹ Para más información sobre los asesores jurídicos en los conflictos armados, véase la ficha técnica preparada por el Servicio de Asesoramiento del CICR, "Asesores jurídicos en las fuerzas armadas", http://www.icrc.org/spa/assets/files/other/asesores_20_juridicos_ffaa.pdf.

¹⁰ Esta sección se basa en un documento preparado por el CICR para la XXXI Conferencia Internacional, "La asistencia de salud en peligro: Respetar y proteger la asistencia de salud en los conflictos armados y otras situaciones de violencia", http://www.rcrcconference.org/docs_upl/es/311C_Health_Care_in_danger_ES.pdf.

¹¹ Para más información sobre las normas relativas a las sanciones penales por violaciones graves de los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales cometidas contra los heridos y los enfermos, el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios, véase sección 3.1.3.

CDESC, Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el “máximo de los recursos de que disponga” de conformidad con un protocolo facultativo del Pacto, documento de las Naciones Unidas E/C.12/2007/1, 10 de mayo de 2007.

Además, cabe mencionar que las normas y principios internacionales de la ética médica¹² por los que se rige el personal de salud en el desempeño de sus funciones también contienen disposiciones destinadas a proteger a los heridos y los enfermos.

Protección del personal de salud

Derecho Internacional humanitario

Arts. 24-27, 28-30 y 32, CG I arts. 36 y 37, CG II

Art. 20 CG IV

Arts. 15 y 16, P I, arts. 9 y 10, P II

Normas 25 y 26, Estudio sobre el DIH consuetudinario

Derecho internacional de los derechos humanos

PIDCP

CEDH

CADH

CADRP

Protección de las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios

Derecho internacional humanitario

Arts. 19-23 y 33-37, CG I

Arts. 21-35 y 38-40, CG II

Arts. 18, 19, 21, 22 y 57, CG IV

Arts. 12-14 y 21-31, P I

Art. 11, P II

Normas 28 y 29, Estudio sobre el DIH consuetudinario

Derecho internacional de los derechos humanos

CEDSC, Observación general n.º 14

– Se han de tomar todas las medidas posibles para prestar asistencia de salud en forma no discriminatoria a los heridos y los enfermos.

En virtud del DIH, todas las partes en un conflicto armado tienen la obligación básica de brindar cuidados médicos, en toda la medida de lo posible y en el plazo más breve, a los heridos y los enfermos. Se debe prestar asistencia de salud sin distinción alguna de índole desfavorable basada en la raza, la religión, las opiniones políticas o cualquier otro criterio análogo sea cual sea el bando al que pertenece la persona herida o enferma¹³. No se hará ninguna distinción en la asistencia que no esté basada en criterios médicos¹⁴. La calificación “en toda la medida de lo posible y en el plazo más breve” significa que esta obligación no es absoluta, pero que se exige a las partes que tomen todas las medidas posibles

¹² El término “ética médica” se refiere a una rama de la ética que aborda los temas morales de la práctica médica. Véase Asociación Médica Mundial, *Manual de Ética Médica*, 2ª ed., 2009, http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf, p. 9.

¹³ Según el *Comentario de los Protocolos del 8 de junio de 1977 adicionales a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949*, la expresión “sin distinción alguna de carácter desfavorable”, mencionada en los cuatro Convenios de Ginebra y en el preámbulo del Protocolo I, significa que no todas las distinciones están prohibidas, sino solo las que están destinadas a causar perjuicio a algunas personas o a categorías de personas.

¹⁴ Art. 3 (2) común, CG I-IV; art. 12, CG I; art. 12, CG II; art. 10(2), P I; art. 7(2), P II; norma 110, J.M. Henckaerts y L. Doswald-Beck, *Derecho Internacional humanitario consuetudinario*, CICR/ Centro de Apoyo en Comunicación para América Latina y el Caribe, octubre de 2007 (Estudio sobre el DIH consuetudinario).

en función de sus recursos y de la viabilidad de dichas medidas en un conflicto armado¹⁵. Sin embargo, no se dejará a nadie deliberadamente sin asistencia médica¹⁶.

De conformidad con el DIDH, los Estados tienen la obligación de garantizar el derecho a la vida, respecto del cual no se admite excepción alguna, y se abstendrán de retener o retrasar deliberadamente la prestación de asistencia de salud a las personas bajo su jurisdicción que estén en peligro de muerte¹⁷. Además, en los Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, instrumento de derecho indicativo adoptado en 1990 en el Octavo Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del Delito y Tratamiento del Delincuente, se dispone que “[c]uando el empleo de las armas de fuego sea inevitable, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (...) [p]rocederán de modo que se presten lo antes posible asistencia y servicios médicos a las personas heridas o afectadas”¹⁸.

Por otra parte, en virtud del derecho a la salud, consagrado en una serie de instrumentos de derechos humanos y reconocido en las constituciones nacionales, los Estados tienen la obligación de asegurar como mínimo, sobre una base no discriminatoria, la prestación de atención primaria básica, incluidos los servicios preventivos, curativos y de rehabilitación¹⁹. Si bien se trata de una obligación inderogable, su cumplimiento no es absoluto, ya que depende de los recursos de que disponga el Estado²⁰. No obstante, los Estados están obligados a utilizar los recursos existentes y, cuando estos son insuficientes, a buscar activamente los recursos disponibles en la comunidad internacional mediante la cooperación y la asistencia²¹. Cualquier otra limitación al derecho a la salud debe avenirse con el derecho -incluso el DIDH-, ser compatible con la índole de ese derecho, obedecer a la búsqueda de objetivos legítimos y ser estrictamente necesaria para promover el bienestar económico y social general. Además, dichas limitaciones han de tener una duración determinada y ser objeto de una revisión periódica²².

– Se han de tomar todas las medidas posibles para buscar, recoger y evacuar a los heridos y los enfermos de manera no discriminatoria.

De conformidad con el DIH, cuando las circunstancias lo permitan, y especialmente después del combate, todas las partes en un conflicto armado tomarán sin demora todas las medidas posibles para buscar, recoger y evacuar a los heridos y enfermos sin distinción desfavorable alguna²³.

En el ámbito de aplicación del derecho a la salud en el DIDH, los Estados tienen la obligación inderogable de garantizar el “acceso a los centros, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria”²⁴ en función de los recursos que se tenga a disposición²⁵. Si bien “los centros, bienes y servicios de salud” deben estar en lugares de acceso físico seguro para todos los sectores de la población, los Estados tienen la obligación especial de adoptar todas las medidas posibles, entre ellas la de buscar, recoger y evacuar a los heridos y los enfermos, para facilitar que las personas disfruten de su derecho de acceso a la asistencia de salud, cuando no puedan ejercer por sí mismas ese derecho mediante los medios a

¹⁵ Comentario, art. 10, P I, párrs. 446 y 451.

¹⁶ Art. 12(2), CG I y CG II.

¹⁷ El Tribunal Europeo de Derechos Humanos reconoció esto en el asunto *Chipre contra Turquía*, solicitud N.º 25781/94, sentencia, 10 de mayo de 2001, párrs. 219-221. Véase también, de manera más general, Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Observación general N.º 6: Derecho a la vida, 30 de abril de 1982, [http://www.ccrprcentre.org/doc/ICCPR/General%20Comments/HRI.GEN.1.Rev.9\(Vol.I\)_\(GC6\)_es.pdf](http://www.ccrprcentre.org/doc/ICCPR/General%20Comments/HRI.GEN.1.Rev.9(Vol.I)_(GC6)_es.pdf), párr. 5; M. Nowak, *U.N. Covenant on Civil and Political Rights: CCRPR Commentary*, 2ª edición, Kehl-Strasbourg-Arlington: N. P. Engel, 2005 (Nowak CCRPR Commentary), pp. 123-124.

¹⁸ Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la Ley, A/CONF.144/28/Rev.1, Octavo Congreso de las Naciones Unidas sobre Prevención del delito y Tratamiento del Delincuente (Principios básicos sobre el empleo de la Fuerza), 1990, <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/si2bpuff.html>, p. 2. Además, en el art. 6 del Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley se estipula que: “Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley asegurarán la plena protección de la salud de las personas bajo su custodia y, en particular, tomarán medidas inmediatas para proporcionar atención médica cuando se precise”. Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, Naciones Unidas, resolución 34/169 de la Asamblea General, 17 de diciembre de 1979, <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/LawEnforcementOfficials.aspx>.

¹⁹ CDESC, Observación general n.º 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes, 14 de diciembre de 1990, <http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/0/94bdbaf59b43a424c12563ed0052b664>, párr. 10; CDESC, Observación general n.º 14, párr. 43.

²⁰ Art. 2(1), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 19 de diciembre de 1966.

²¹ CDESC, Observación general n.º 3, párr. 10; CDESC, “Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el “máximo de los recursos de que disponga” de conformidad con un protocolo facultativo del Pacto”, 10 de mayo de 2007. http://www.ohchr.org/english/bodies/CDESC/docs/E.C.12.2007.1_sp.pdf, párr. 10.

²² Art. 4, PIDESC; CDESC, Observación general n.º 14, párrs. 28-29.

²³ Art. 15(1), CG I; art. 18, CG II; art. 8, P II; norma 109, Estudio sobre el DIH consuetudinario.

²⁴ CDESC, Observación general n.º 14, párr. 43.

²⁵ Art. 25, Declaración Universal de Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948; art. 12, PIDESC.

su disposición, por razones ajenas a su voluntad²⁶. Dado que muchas veces los heridos y los enfermos no tienen la posibilidad de acceder a la asistencia de salud, a causa de su estado y/o de la violencia imperante, el cumplimiento de esta obligación entraña la obligación activa de buscar, recoger y evacuar a los heridos y los enfermos.

– Los heridos y los enfermos, así como el personal de salud, no serán atacados, no serán privados arbitrariamente de la vida ni recibirán malos tratos. El uso de la fuerza contra el personal de salud solo se justifica en circunstancias excepcionales. Las instalaciones de salud y el transporte sanitario tampoco podrán ser objeto de ataques y serán preservados en la mayor medida posible.

De conformidad con el DIH, la obligación básica de respetar y proteger a los heridos y los enfermos en todas las circunstancias implica, en particular, no atacarlos, no matarlos, no maltratarlos ni causarles daño de manera alguna. También implica preservar su vida, tomando medidas activas para asistirlos y asegurando que sean respetados por terceros²⁷.

La protección especial conferida por el DIH al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios se deriva de la obligación básica de respetar y proteger a los heridos y los enfermos²⁸. El personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios, sean militares o civiles, en el desempeño de su labor exclusivamente humanitaria no serán atacados ni se les causará daño en modo alguno y serán preservados durante las hostilidades²⁹. Así pues, en la conducción de las hostilidades, no solo está prohibido dirigir deliberadamente ataques contra ellos y lanzar ataques indiscriminados que los afecten, de acuerdo con la obligación de respetarlos y protegerlos, sino que también se prohíbe dirigir ataques de los que quepa prever que causen daños excesivos al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios en relación con la ventaja militar concreta y directa prevista³⁰.

Las partes en el conflicto deberán hacer todo lo que sea posible para verificar que los ataques no estén dirigidos contra civiles, bienes de carácter civil y bienes que tengan derecho a una protección especial (como es el caso del personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios), sino solamente contra objetivos militares³¹. Asimismo, al dirigir ataques contra objetivos militares, deberán tomar todas las precauciones posibles en la elección de los medios y métodos de guerra para evitar o por lo menos reducir a un mínimo los daños que puedan ocasionarse incidentalmente al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios³².

Esto exige: elegir los medios y métodos de combate que causen el menor daño colateral posible a los heridos y los enfermos y al personal sanitario; anular los ataques cuando sea evidente que podrían ocasionar daños excesivos³³ o que no se trata de objetivos militares o que gozan de protección especial, y dar aviso con la debida antelación de ataques que pudieran afectar a la población civil. La obligación de preservar al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios en la conducción de las hostilidades, que es inherente a la obligación de respetar y proteger a esas personas y bienes, así como a los heridos y los enfermos, también obliga a la parte que se defiende a tomar medidas preventivas. Las partes en el conflicto velarán por que las unidades sanitarias estén situadas, en la medida de lo posible, de modo que los ataques contra objetivos militares no puedan ponerlas en peligro³⁴. Deberán limitar también, en la mayor medida posible, los efectos de los ataques alejando a los heridos y los enfermos, así como al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios de la proximidad de objetivos militares³⁵.

²⁶ CDESC, Observación general n.º 14, párrs. 12, 37 y 43.

²⁷ Art. 12, CG I; art. 12, CG II; art. 16, CG IV; art. 10, P I; art. 7, P II; Comentario, art. 10, P I, párr. 446. Con arreglo al DIH, por definición, los heridos y los enfermos se abstienen de todo acto hostil. Véase art. 8 (a), P I.

²⁸ Comentario del art. 12, CG I, p. 134.

²⁹ Comentario, art. 18, CG IV, pp. 147-148; Comentario, art. 10, P I, p. 209; Comentario, art. 11, P II, pp. 1433 y 1434.

³⁰ Otras personas no asignadas exclusivamente a actividades médicas por una parte en el conflicto se beneficiarán también en general, si son civiles, de la protección contra los ataques directos o indiscriminados y contra los ataques de los que cabe prever que causen daños excesivos a las personas civiles en relación con la ventaja militar concreta y directa prevista. Art. 51, P I; normas 1, 11 y 14, Estudio sobre el DIH consuetudinario.

³¹ Art. 19, CG I; arts. 22 y 38, CG II; arts. 18 y 22, CG IV; art. 51, P I; norma 1, Estudio sobre el DIH consuetudinario.

³² Art. 57(2) (a) (ii), P I; norma 17, Estudio sobre el DIH consuetudinario.

³³ Art. 57(2) (a) (i) y 57(2) (b), P I; normas 16 y 19, Estudio sobre el DIH consuetudinario.

³⁴ Véanse art. 19(2), CG I; art. 18(5), CG IV; art. 12(4), P I; Estudio sobre el DIH consuetudinario, p. 108.

³⁵ Véanse art. 58(a), P I; norma 24, Estudio sobre el DIH consuetudinario.

El personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios perderán la protección específica a la que tienen derecho si, al margen de su función humanitaria, se los utiliza para cometer actos perjudiciales para el enemigo³⁶. Algunos ejemplos de esos actos son: albergar a combatientes en buen estado de salud, almacenar armas o municiones, emplear las unidades sanitarias como puestos de observación militar o como escudo para protegerse de operaciones militares³⁷, transportar tropas sanas, armas o municiones y obtener o transmitir información militar³⁸. Sin embargo, otros actos no entrañan la pérdida de la protección especial, por ejemplo, llevar o utilizar armas ligeras individuales para defenderse o defender a los heridos y los enfermos, disponer de escoltas militares o ponerlas a disposición y poseer armas portátiles que se han retirado a los heridos y que no se han entregado aún a las autoridades competentes³⁹.

De conformidad con el DIDH, los Estados tienen la obligación de no someter a la privación arbitraria de la vida a ninguna persona bajo su jurisdicción, incluso los heridos y los enfermos y el personal de salud⁴⁰. El uso de la fuerza contra el personal de salud por parte de agentes del Estado, la policía o las fuerzas armadas que participan en operaciones de mantenimiento del orden se justifica solo cuando sea absolutamente necesario defender a una persona de una amenaza inminente contra su vida o su integridad física⁴¹. Generalmente, ni los heridos y enfermos ni el personal de salud suponen tal amenaza inminente que justifique el uso de la fuerza contra ellos. Aun en ese caso, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley deben dar una clara advertencia de su intención de emplear armas de fuego, dando un tiempo suficiente para que pueda observarse la advertencia, a no ser que hacerlo supusiera un riesgo de muerte o de grave daño para el oficial de policía o terceras personas⁴².

Básicamente, la obligación de respetar a los heridos y los enfermos, así como al personal de salud, que implica que no se les cause daños o malos tratos, prohíbe la violación y otras formas de violencia sexual contra ellos. Más específicamente, el DIDH prohíbe la violación y otras formas de violencia sexual en todo tiempo⁴³ y el DIH en los conflictos armados internacionales y no internacionales⁴⁴. La violación y otras formas de violencia sexual también contravienen la obligación de los Estados en virtud del DIDH de no someter a las personas bajo su jurisdicción a tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

– No se debe denegar o limitar arbitrariamente el acceso a las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios.

De conformidad con el DIH, la obligación de respetar al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios que se dedican exclusivamente a tareas médicas también supone que no se obstaculice el desempeño de esas tareas, lo que exige que no se impida arbitrariamente el paso del personal y los suministros sanitarios⁴⁵. Como todas las demás obligaciones relativas al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios, esta obligación se deriva del deber fundamental de respetar, proteger, recoger y prestar asistencia a los heridos y los enfermos⁴⁶. Dado que la obligación de garantizar una asistencia adecuada a los heridos y los enfermos incluye entregarlos a una unidad sanitaria o permitir su traslado a un lugar donde puedan ser atendidos de manera adecuada⁴⁷, son contrarias a ella las medidas por las que se impide a los heridos y los enfermos el acceso a la asistencia de salud.

³⁶ Normas 25, 28 y 29, Estudio sobre el DIH consuetudinario; arts. 19(1), 24-26 y 35, CG I; arts. 23 y 36, CG II; arts. 18, 20 y 21, CG IV; arts. 12(1), 15 y 21, P I; arts. 9 y 11(1), P II.

³⁷ *Comentario*, art. 21, CG I, párrs. 200-201; comentario sobre la norma 28, Estudio sobre el DIH consuetudinario, p. 109.

³⁸ *Comentario de la norma 29*, Estudio sobre el DIH consuetudinario, p. 114.

³⁹ Art. 22, CG I; art. 13, P I; *Comentario de las normas 25 y 29*, Estudio sobre el DIH consuetudinario, pp. 89 y 109.

⁴⁰ Art. 6(1), Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP), 16 de diciembre de 1966; art. 2, Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos (CEDH), 4 de noviembre de 1950; art. 4, Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), 22 de noviembre de 1969; art. 4, Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (CADHP), 27 de junio de 1981.

⁴¹ Art. 2(2), CEDH; HRC, *Guerrero contra Colombia*, Comunicación n.º R.11/45, Doc. ONU, Sup. N.º 40 (A/37/40), 31 de marzo de 1992, párrs. 13.2 y 13.3; Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), *Las Palmeras*, sentencia, 26 de noviembre de 2002, Ser. C., n.º 96 (2002); Nowak CCPR Commentary, p. 128; Principios 9 y 10, Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza, Doc. ONU, A/CONF.144/28/Rev. 1 (1990).

⁴² Principios 9 y 10, Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza.

⁴³ Art. 7, PIDCP; Art. 5, CADH; art. 3, CEDH; art. 24, Convención sobre los Derechos del Niño; Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. Véase también nota 5.

⁴⁴ Art. 3 común a los Convenios de Ginebra; art. 27, CG IV; art. 75, P I; art. 77(1), P I; Art. 4(2), P II; norma 93, Estudio sobre el DIH consuetudinario.

⁴⁵ *Comentario*, art. 12, P I, p. 166, párr. 517.

⁴⁶ *Comentario*, art. 12, CG I, p. 134.

⁴⁷ *Comentario*, art. 12, CG I, p. 137; *Comentario*, art. 8, P II, p. 186, 1415, párr. 4655.

De conformidad con el DIDH, la obligación inderogable de respetar el derecho de acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria exige a los Estados que se abstengan de negar o limitar arbitrariamente dicho acceso a los heridos y enfermos, por ejemplo, como medida punitiva contra los oponentes políticos⁴⁸. Las restricciones impuestas a las personas que precisan tratamiento y de quienes se piensa que son oponentes de un Gobierno son una limitación arbitraria, ya que un Estado que impone tal limitación difícilmente podría demostrar que esto se aviene con la índole esencial del derecho de acceso a la asistencia de salud⁴⁹. Las limitaciones por razones de seguridad nacional solo podrían invocarse si beneficiaran el bienestar económico y social de la población de un Estado⁵⁰. Este no sería el caso si una parte de la población estuviese privada de la asistencia de salud que se necesita urgentemente.

– Los heridos y los enfermos, así como el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios también deben ser protegidos contra la injerencia de terceros. Se ayudará también al personal y las instalaciones de salud y a los medios de transporte sanitarios en el desempeño de sus tareas.

De conformidad con el DIH, la obligación de las partes en un conflicto de proteger a los heridos y los enfermos, así como al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios incluye el deber de garantizar que terceras personas los respeten y de tomar medidas para ayudar al personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios en el desempeño de sus tareas. Esto exige, por ejemplo, retirar a los heridos y enfermos de las zonas de combate y ponerlos a cubierto o garantizar la entrega de insumos médicos y otros suministros esenciales, poniendo vehículos a disposición⁵¹. En particular, se debe proteger a los heridos y los enfermos contra los malos tratos y el pillaje de sus pertenencias⁵².

De conformidad con el DIDH, la obligación de los Estados de garantizar el derecho a tener acceso, sobre una base no discriminatoria, a las instalaciones, bienes y servicios sanitarios también implica que los Estados deben tomar medidas activas para permitir que las personas gocen de ese derecho.⁵³ Asimismo, esto exige a los Estados que tomen las medidas apropiadas para evitar que terceros dificulten el tratamiento médico que se preste a los heridos y los enfermos⁵⁴.

B) Los emblemas distintivos

MARCO JURÍDICO

DIH

Arts. 36, 38-44, 53 y 54, CG I Arts. 39, 41 y 43-45, CG II

Arts. 18 y 20-22, CG IV

Arts. 8, 18, 23, 38 y 85, AP I Anexo 1, P I

Art. 12, P II

P III

Normas 30, 59 y 60, Estudio sobre el DIH consuetudinario

Reglamento sobre el uso del emblema de la cruz roja o de la media luna roja por las Sociedades Nacionales

Los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo son símbolos reconocidos por el derecho internacional humanitario para señalar la protección especial de que gozan diferentes categorías de personal, unidades y medios de transporte sanitarios (uso protector) e indicar que las

⁴⁸ CDESC, Observación general n.º 14, párrs. 34, 43, 47 y 50.

⁴⁹ *Ibid.*, párr. 28.

⁵⁰ Art. 4, PIDESC; Alston, P. y Quinn, G., *The Nature and Scope of States Parties' Obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*, Human Rights Quarterly, vol. 9, n.º 2, mayo de 1987, p. 202.

⁵¹ Comentario, arts. 19, 24 y 35, CG I, pp. 196, 220 y 280; Comentario, arts. 12 y 21, P I, pp. 237 y 351; Comentario, arts. 9 y 11, P II, pp. 189 y 211.

⁵² Art. 15, CG I; art. 18, CG II; art. 16, CG IV; art. 8, P II; norma 111, Estudio sobre el DIH consuetudinario.

⁵³ CDESC, Observación general N.º 14, párr. 37; Principio 5(c), Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza.

⁵⁴ Véase CDESC, Observación general n.º 14, párrs. 33 y 37.

personas o los bienes están vinculados con el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (uso indicativo). Su uso se rige por los Convenios de Ginebra de 1949, sus Protocolos adicionales I y II de 1977 y el Protocolo adicional III de 2005, así como por la legislación nacional aplicable del Estado de que se trate. En estas disposiciones se definen las personas y los servicios que tienen derecho a utilizar los emblemas y los objetivos para los cuales estos pueden ser empleados. El uso de los emblemas es regulado en todas las circunstancias, en tiempo de paz así como de conflicto armado. Todo uso que no esté estipulado en el DIH se considera abusivo.

– Los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo solo se han de emplear para señalar al personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios autorizados para utilizarlos en los conflictos armados o para indicar que las personas o bienes están relacionados con el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

En general, se autoriza el uso de los emblemas para señalar una protección específica conferida por el DIH a los servicios sanitarios de las fuerzas armadas y, en tiempo de guerra, a los hospitales civiles. También los emplean las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, su Federación Internacional y el Comité Internacional de la Cruz Roja⁵⁵. Las principales normas por las que se rige el uso de los emblemas disponen que los signos distintivos solo se utilicen (a) para las actividades médicas; (b) con la autorización de las autoridades competentes y (c) bajo el control de dichas autoridades.

La responsabilidad de autorizar el uso de los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo recae en el Estado, que debe regular su uso en consonancia con los términos de los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales. A fin de velar por un control eficaz del uso de los emblemas, los Estados deben adoptar medidas internas que establezcan: (a) la identificación y definición del (de los) emblema(s) reconocido(s) y protegido(s); (b) la autoridad nacional con competencia para regular el uso de los emblemas; (c) las entidades autorizadas para emplear los emblemas; y (d) los usos autorizados.

El uso de los emblemas a título protector constituye la manifestación visible de la protección que el DIH otorga a determinadas categorías de personas en los conflictos armados, mientras que su uso a título indicativo tiene por objeto mostrar que las personas o los objetos están vinculados con el Movimiento⁵⁶. Cuando se utiliza a título protector, el emblema debe ser identificable desde tan lejos como sea posible y ha de ser tan grande como sea necesario para garantizar su reconocimiento⁵⁷. En cambio, el emblema indicativo debe ser de dimensiones relativamente pequeñas y no debe colocarse en brazaes o en techumbres⁵⁸. Cabe destacar que el emblema como tal no otorga protección; es el DIH aplicable el que confiere protección a los heridos y los enfermos, así como al personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios.

Es necesario distinguir entre los dos tipos de uso, a fin de evitar toda confusión sobre quién tiene derecho a emplear el emblema en los conflictos armados⁵⁹. En el artículo 4 del Reglamento sobre el

⁵⁵ Quienes están autorizados a usar los emblemas a título protector son: los servicios sanitarios de las fuerzas armadas y grupos armados suficientemente organizados; el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios de las Sociedades Nacionales que han sido debidamente reconocidos y autorizados por el respectivo Gobierno para asistir a los servicios sanitarios de las fuerzas armadas, cuando se emplean exclusivamente con los mismos fines que estas últimas y están sometidos a las leyes y los reglamentos militares; hospitales civiles (públicos o privados) reconocidos como tales por las autoridades del Estado y que están autorizados a ostentar el emblema; en territorio ocupado y en zonas con operaciones militares en curso, personas que trabajan en la dirección y la administración de tales hospitales civiles (así como en la búsqueda, recogida y traslado de los civiles heridos y enfermos, los discapacitados y los casos de obstetricia y en la prestación de asistencia correspondiente); personal sanitario civil en territorios ocupados y donde se libran, o probablemente se librarán, combates; unidades y medios de transporte sanitarios civiles, según se definen en el PI, reconocidos por las autoridades competentes y autorizados por estas a ostentar el emblema; otras sociedades voluntarias de ayuda, reconocidas y autorizadas, supeditadas a las mismas condiciones que las aplicables a las Sociedades Nacionales. El CICR y la Federación Internacional pueden usar el emblema a título protector en los conflictos armados, sin restricción alguna. Véanse arts. 39-44, CG I; arts. 22-23, 26-28, 34-37, 39, 41-44, CG II; arts. 18(1) (4), P I; art. 12, P II; art. 2, P III.

⁵⁶ Art. 44, CG I; art. 1, Reglamento sobre el uso del emblema de la cruz roja o de la media luna roja por las Sociedades Nacionales (Reglamento sobre el uso del emblema), revisado en 1991, <http://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5tdlzt.htm>. Están autorizados a emplear el emblema: las Sociedades Nacionales; las ambulancias y los puestos de primeros auxilios atendidos por terceros, cuando se dedican exclusivamente a prestar tratamiento gratuito a los heridos y enfermos, como medida excepcional, bajo la condición de que el emblema se emplee de conformidad con la legislación nacional y que la Sociedad Nacional autorice expresamente su empleo. Véase art. 44(2) y (4), CG I. El CICR y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja pueden usar el emblema a título indicativo sin restricción alguna. Véase art. 44(3), CG I.

⁵⁷ Arts. 39-44, CG I; art. 18, P I; art. 6, Reglamento sobre el uso del emblema.

⁵⁸ Art. 44(2), CG I; arts. 4 y 16, Reglamento sobre el uso del emblema.

⁵⁹ Art. 44(2), CG I.

uso del emblema, se estipula que la Sociedad Nacional que continúa desplegando sus actividades de tiempo de paz tomará todas las oportunas medidas para garantizar que el emblema utilizado a título indicativo no se considere garante de la protección del derecho internacional humanitario. En particular, la Sociedad Nacional hará lo posible, ya en tiempo de paz, por desplegar un emblema de dimensiones relativamente pequeñas. Sin embargo, en el Comentario de ese Reglamento se señala claramente que es una recomendación y que “no debe excluirse la utilización, en ciertos casos, de un emblema de grandes dimensiones, en especial cuando tienen lugar acontecimientos en los que es importante poder identificar rápidamente a los socorristas”⁶⁰. Sobre el particular, en el estudio de 2009, efectuado por el CICR y titulado *Estudio sobre cuestiones operacionales, comerciales y no operacionales relativas al uso del emblema*, se recomienda que los socorristas (y las instalaciones) de las Sociedades Nacionales utilicen un emblema distintivo más grande en situaciones de disturbios y tensiones interiores si (a) ello puede mejorar la asistencia médica que prestan a las víctimas de la violencia y (b) si así lo autoriza, o por lo menos no lo prohíbe, la legislación nacional⁶¹. Cabe observar que el CICR y la Federación Internacional pueden usar el emblema, incluso a título protector, sin restricción alguna.

En vista de las estrictas condiciones que regulan el uso de los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo, y dado que los emblemas pueden usarse solo excepcionalmente en situaciones que no son conflictos armados, las actividades de asistencia de salud también pueden ser señaladas por otros medios que no sean los signos distintivos.

– Se tomarán todas las medidas necesarias para prevenir y reprimir el empleo abusivo de los emblemas.

Además de regular el uso de los emblemas, los Estados deben adoptar todas las medidas necesarias para prevenir y reprimir el uso abusivo del mismo⁶², incluidas las imitaciones⁶³, el uso indebido⁶⁴ y el uso pérfido⁶⁵. Esto exige que los Estados promulguen leyes por las que se prohíba y se sancione en todo momento el uso no autorizado de los emblemas. Esta legislación debe aplicarse a todas las formas de uso personal y comercial, y prohibir las imitaciones o diseños que puedan confundirse con la cruz roja, la media luna roja o el cristal rojo. El uso pérfido del emblema durante un conflicto armado –ocultar o proteger a combatientes o material militar, por ejemplo– constituye un crimen de guerra cuando este acto ocasiona la muerte o lesiones graves y debe ser sancionado como tal.

Para prevenir y reprimir el uso abusivo de los emblemas, no solo hay que adoptar medidas penales o reglamentarias. El Estado también debe informar al público y a todas las partes interesadas, como los círculos de la salud, sobre el uso adecuado de los emblemas. Es fundamental que las medidas destinadas a prevenir los abusos se apliquen también a los miembros de las fuerzas armadas. Sin embargo, esto puede establecerse mediante los procedimientos que tiene el Estado para regir la disciplina militar.

La adopción de medidas nacionales para garantizar el respeto de los emblemas es fundamental para mantener la imparcialidad que se asocia con la prestación de asistencia de salud. En consecuencia, se mejora la atención y la protección de quienes reciben la ayuda. Si un Estado no toma las medidas adecuadas para prevenir y reprimir el uso indebido de los emblemas, ello puede hacer que disminuyan el respeto y la confianza de que gozan, menoscabar su valor protector y poner en peligro la vida de quienes los usan legítimamente. Además, al no sancionarse los usos abusivos que se cometen en

⁶⁰ Comentario del art. 4, Reglamento sobre el uso del emblema.

⁶¹ CICR, en consulta con la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las Sociedades Nacionales, *Estudio sobre cuestiones operacionales, comerciales y no operacionales relativas al uso del emblema*, CD/09/7.3.1, octubre de 2009, presentado al Consejo de Delegados, Nairobi, Kenia, 23-25 de noviembre de 2009, http://www.icrc.org/spa/assets/files/other/30-09-09_strategy-for-the-mvt_7-3_emblem_spanish.pdf, pp. 86-89.

⁶² Art. 54, CG I; art. 12, P II; art. 6, P III.

⁶³ El uso de un signo que, debido a su forma y/o color, puede confundirse con el emblema.

⁶⁴ Esto se refiere al uso del emblema por personas normalmente autorizadas a hacerlo, pero de manera contraria a las disposiciones del DIH por las que se rige su uso; o al uso del emblema por entidades o personas que no tienen derecho a hacerlo (empresas comerciales, farmacias, médicos privados, organizaciones no gubernamentales [ONG], personas corrientes, etc.); o con fines que no se avienen con los Principios Fundamentales del Movimiento. Véase art. 38, P I.

⁶⁵ El uso indebido del emblema durante un conflicto armado a fin de apelar a la buena fe de un adversario con intención de traicionarlo y darle a entender que tiene derecho a protección para capturarlo, herirlo o matarlo. Véase art. 37, P I. Herir o matar a un adversario valiéndose de la perfidia constituye un crimen de guerra en los conflictos armados internacionales y no internacionales. Véase art. 8(2) (b) (xi) y 8(2) (e) (ix) del Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, A/CONF.183/9, 17 de julio de 1998 (Estatuto de Roma). Véase también art. 85 (3) (f), P I.

tiempo de paz, se da pie para que se sigan utilizando inadecuadamente los emblemas en tiempo de conflicto armado.

C) *La ética y la confidencialidad relacionadas con la asistencia de salud*

MARCO JURÍDICO

Art. 16, P I

Art. 10, P II

Norma 26, Estudio sobre el DIH consuetudinario

Asociación Médica Mundial (AMM), Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado⁶⁶

- **No deben ponerse trabas al personal de salud en la realización de sus tareas exclusivamente médicas ni debe ser molestado por el hecho de prestar asistencia a los heridos y los enfermos, ni enjuiciado por llevar a cabo actos compatibles con la ética médica⁶⁷.**

De conformidad con el DIH, la obligación de respetar al personal de salud que efectúa tareas exclusivamente sanitarias también entraña la obligación para las partes en el conflicto de no entrometerse arbitrariamente en el tratamiento de los heridos y los enfermos⁶⁸. Las partes en un conflicto no molestarán ni castigarán al personal sanitario por haber ejercido una actividad conforme con la ética médica, tampoco se podrá obligarlo a realizar actividades contrarias a la ética médica ni a abstenerse de realizar actos exigidos por dicha ética⁶⁹. Estas normas impiden prácticas como la toma de control de hospitales por fuerzas armadas o grupos armados que hostiguen, intimiden o arresten a los profesionales de la salud.

Estas prácticas también están prohibidas en el DIDH, que impone la obligación inderogable de respetar el derecho de los heridos y los enfermos al acceso a las instalaciones, bienes y servicios sanitarios en condiciones no discriminatorias; esta obligación exige de los Estados que se abstengan de entorpecer directa o indirectamente el disfrute de ese derecho⁷⁰.

Además, en las Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado⁷¹, las partes en un conflicto no deben enjuiciar al médico por cumplir con alguna de sus obligaciones éticas. Asimismo, en la resolución 37/194, de 1982, de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se dispone que esta norma se aplique independientemente de la persona que se beneficie de esas actividades médicas.

- **La información sobre los pacientes obtenida por el personal de salud en el cumplimiento de sus deberes es confidencial y no se debe divulgar a terceros sin el consentimiento del paciente, excepto en circunstancias precisas.**

El personal de salud tiene deberes éticos precisos que observar, como atender a los pacientes de una manera no discriminatoria o actuar teniendo en cuenta el interés superior del paciente al brindarles atención de salud. La protección de la confidencialidad de la información obtenida en relación con el tratamiento de los pacientes es uno de los principios más importantes de la ética médica.

De conformidad con los Protocolos I y II del 8 de junio de 1977 adicionales a los Convenios de Ginebra, a menos que la ley así lo exija, como en el caso de la declaración obligatoria de enfermedades transmisibles, las personas que realizan actividades médicas no serán obligadas a dar información sobre los heridos y los enfermos que son o han sido atendidos por ellas a nadie que pertenezca a una

⁶⁶ Asociación Médica Mundial (AMM), Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia.

⁶⁷ La expresión "ética médica" se refiere a una rama de la ética que aborda los temas morales de la práctica médica. Véase Asociación Médica Mundial, *Manual de Ética Médica*, 2ª edición, 2009, http://www.wma.net/es/30publications/30ethicsmanual/pdf/ethics_manual_es.pdf, p. 9.

⁶⁸ Comentario, arts. 19, 24 y 35, CG I, pp. 196, 220 y 280; Comentario, arts. 12 y 21, P I, pp. 237 y 351; Comentario, art. 11, P II, p.211.

⁶⁹ Art. 18(3), CG I; art. 16(1) y 16(2), P I; art. 10(1) y 10(2), P II.

⁷⁰ CDESC, Observación general n.º 14, párrs. 33 y 43.

⁷¹ AMM, Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia.

parte adversa o a su propia parte, cuando dicha información pudiera ser perjudicial para los pacientes o sus familiares⁷².

En virtud del DIDH, el derecho de toda persona a no ser sometida a injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada la protege bajo la jurisdicción de un Estado contra la divulgación indebida de datos médicos u otros datos privados a personas ajenas a la relación entre el profesional de salud y el paciente⁷³. Dicha divulgación no tendrá lugar salvo si se dispone explícitamente en la legislación nacional, y la protección contra la injerencia “arbitraria” añade que incluso la injerencia prevista por ley debe estar en conformidad con los propósitos y objetivos del DIDH y ha de ser razonable en las circunstancias particulares del caso⁷⁴.

3.1.3. Sanciones

MARCO JURÍDICO

Arts 49-54, GC I

Arts 50-53, GC II

Arts 146-149, GC IV

Art. 85, AP I

Normas 156, 157 y 158, Estudio sobre el DIH consuetudinario

Art. 8(2) (b) (vii), (ix) y (xxiv), y 8(2) (e) (ii) y (iv), Estatuto de Roma

Al adherirse a los tratados de DIH, los Estados se comprometen a hacer respetar las disposiciones del DIH y tomar todas las medidas necesarias para prevenir las violaciones de este cuerpo de derecho y hacerlas cesar. Esas medidas pueden incluir sanciones penales, reglamentos militares y órdenes administrativas.

– Reprimir los crímenes de guerra⁷⁵.

Los Estados tienen, además, obligaciones en relación con las violaciones más graves de los Convenios de Ginebra y del Protocolo I, que reciben el nombre de “infracciones graves”. El DIH exige explícitamente a los Estados que promulguen leyes para criminalizar y castigar a los responsables de cometer infracciones graves y que busquen a las personas acusadas de haber cometido dichos crímenes y las hagan comparecer ante los propios tribunales o las extraditen a otro Estado para su enjuiciamiento⁷⁶. Con arreglo a estas disposiciones, el DIH otorga a todos los Estados la jurisdicción universal respecto a las infracciones graves. El DIH no solo permite sino que exige a todos los Estados que enjuicien a los autores de infracciones graves, independientemente de su nacionalidad, de la nacionalidad de la víctima o del lugar donde se haya cometido el crimen.

En virtud del DIH consuetudinario, ni la amnistía ni la prescripción pueden eximir a los responsables de crímenes de guerra de comparecer ante la justicia⁷⁷. Cabe observar que el DIH establece la responsabilidad penal individual y la responsabilidad de los mandos superiores por los crímenes de guerra⁷⁸. Esto implica que los jefes y otros mandos superiores son responsables por los crímenes de guerra cometidos en cumplimiento de sus órdenes; también son penalmente responsables si no tomaron todas las medidas razonables y necesarias a su alcance para evitar que se cometieran o, si ya se habían cometido, para castigar a los responsables “cuando sabían, o deberían haber sabido, que [sus subordinados] iban a cometer o estaban cometiendo tales crímenes”⁷⁹.

⁷² Art. 16, PI y art.10, P II.

⁷³ Art. 17, PIDCP; Comité de Derechos Humanos, Observación general n.º 16: Derecho a la intimidad, 4 de agosto de 1988, <http://www1.umn.edu/humanrts/hrcommittee/Sgencom16.html>, párr. 10.

⁷⁴ Comité de los Derechos Humanos, Observación general n.º 16, párrs. 3 y 4.

⁷⁵ Para más detalles sobre la represión de los crímenes de guerra, véase la ficha técnica preparada por el Servicio de Asesoramiento del CICR, “Represión penal: El castigo de los crímenes de guerra”, http://www.icrc.org/spa/assets/files/other/represion_penal.pdf.

⁷⁶ Arts. 49 y 50, CG I; arts. 50 y 51, CG II; Arts. 129 y 130, CG III; arts. 146 y 147, CG IV.

⁷⁷ Normas 159 y 160, Estudio sobre el DIH consuetudinario.

⁷⁸ Norma 151, Estudio sobre el DIH consuetudinario, p. 627, “Formas de responsabilidad penal individual”.

⁷⁹ Normas 152 y 153, Estudio sobre el DIH consuetudinario. Véase también art. 86(2), P I.

De conformidad con el Estatuto de Roma, dirigir ataques contra hospitales o lugares donde se agrupa a heridos y enfermos y contra el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios puede constituir un crimen de guerra tanto en los conflictos armados internacionales como en los no internacionales⁸⁰. Además, la violación y otras formas de violencia sexual, si se cometen en el contexto de un conflicto armado, constituyen crímenes de guerra y deben ser reprimidos como tales⁸¹. La violación y otras formas de violencia sexual también pueden constituir otros crímenes internacionales⁸².

– Garantizar la eficacia de las sanciones.

Para reprimir los crímenes de guerra y otras violaciones cometidos contra la prestación eficaz de asistencia de salud, los Estados deben adoptar todas las medidas necesarias para garantizar que las normas y las sanciones aplicables se incorporen a su sistema jurídico interno, así como al marco institucional para los que son fundamentales en la aplicación del DIH. En ese sentido, no se puede subestimar la importancia de la aplicación, la difusión, la educación y la formación.

Las sanciones que se aplican por violar las normas del DIH, sean de índole penal, disciplinaria o administrativa, siempre deben ir acompañadas de medidas destinadas a mejorar la adhesión a las normas y el respeto de aquellas. Por lo tanto, deben incluir medidas para prevenir la repetición de violaciones y deben ser pragmáticas y realistas. Además, las sanciones han de aplicarse sin distinción, llevarse a efecto lo antes posible después de que se haya cometido la violación y no deben plantear dudas respecto a su índole⁸³.

La represión eficaz de las violaciones del DIH también depende de la capacidad y la experiencia de las autoridades nacionales, en particular la policía y las autoridades judiciales. Así pues, al aplicar las normas del DIH en el sistema jurídico interno, la represión puede llevarse a efecto entre otras cosas garantizando la claridad y la coherencia de las disposiciones aplicables e impartiendo una formación a jueces y fiscales.

– Violaciones del derecho a la salud.

De conformidad con el DIDH, los Estados tienen la obligación de tomar medidas para lograr la progresiva y plena efectividad del derecho a la salud de todas las personas bajo su jurisdicción de manera no discriminatoria, utilizando el máximo de los recursos de que disponen. Los Estados, por definición, son responsables de cualquier incumplimiento de dicha obligación.

En su observación general n.º 14, el CDESC establece una distinción entre *las violaciones resultantes de actos de comisión*, que incluyen “la revocación o suspensión formal de la legislación necesaria para el continuo disfrute del derecho a la salud, o la promulgación de legislación o adopción de políticas que sean manifiestamente incompatibles con las preexistentes obligaciones legales nacionales o internacionales relativas al derecho a la salud”, y *las violaciones por actos de omisión* entre las que figura “el no hacer cumplir las leyes pertinentes”. El CDESC hace además una distinción entre *violaciones de la obligación de respetar*, *violaciones de la obligación de proteger* y *violaciones de la obligación de cumplir*⁸⁴.

⁸⁰ Véanse art. 8(2)(b)(ix) del Estatuto de Roma: “Dirigir intencionalmente ataques contra edificios dedicados a la religión, la instrucción, las artes, las ciencias o la beneficencia, los monumentos, los hospitales y los lugares en que se agrupa a enfermos y heridos, siempre que no sean objetivos militares”; art. 8(2)(b)(xxiv): “Dirigir intencionalmente ataques contra edificios, material, unidades y medios de transporte sanitarios, y contra personal que utilice los emblemas distintivos de los Convenios de Ginebra de conformidad con el derecho internacional”; art. 8(2)(e)(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”; y art. 8(2)(e)(iv): “Dirigir intencionalmente ataques contra edificios dedicados al culto religioso, la educación, las artes, las ciencias o la beneficencia, los monumentos, los hospitales y otros lugares en que se agrupa a enfermos y heridos, a condición de que no sean objetivos militares”.

⁸¹ Véase art. 8(2)(b) (xxii) y 8(2) (e)(vi), Estatuto de Roma.

⁸² El Estatuto de Roma incluye la violación y otras formas de violencia sexual “cuando se cometa como parte de un ataque generalizado o sistemático contra una población civil y con conocimiento de dicho ataque”– en su lista de crímenes de lesa humanidad (véase art. 7(1)(g), Estatuto de Roma). La violación y otras formas de violencia sexual pueden representar un acto de tortura cuando es cometido intencionalmente, por ejemplo, por un funcionario de Estado a fin de obtener confesiones de la víctima de terceros (véase por ejemplo, Tribunal Penal Internacional para la ex Yugoslavia, *El Fiscal contra. Delalic et al. (“Celebici”)*, 16 de noviembre de 1998). La violencia sexual puede constituir incluso un acto de genocidio cuando, por ejemplo, es una medida impuesta para prevenir nacimientos dentro de un grupo, mediante la mutilación sexual forzada, la esterilización, etc. (Véase, por ejemplo, Tribunal Penal Internacional para Rwanda, *El Fiscal contra Akayesu*, 2 de septiembre de 1998).

⁸³ Véase A.-M. La Rosa, “Eficacia de las sanciones como medio para lograr un mayor respeto del derecho humanitario”, *International Review of the Red Cross*, vol. 90, n.º 870, junio de 2008.

⁸⁴ Observación general n.º 14, párrs. 47-52.

En virtud del DIDH, toda persona o grupo de personas que ha sido víctima de una violación del derecho a la salud deberá contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional⁸⁵. Con respecto a esto último, cabe mencionar al Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud⁸⁶, el mecanismo de denuncias individuales establecido en virtud del Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales⁸⁷ y los organismos regionales, como la Comisión Interamericana de Derechos Humanos, que desempeñan un papel preponderante en la protección del derecho a la salud.

3.2. MARCOS JURÍDICOS NACIONALES – RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN DOCUMENTAL

Entre 2012 y 2013, el Servicio de Asesoramiento del CICR realizó una investigación documental sobre los marcos normativos nacionales vigentes para la protección de la asistencia de salud. Se elaboró un cuestionario detallado que se envió a los asesores jurídicos regionales del Servicio de Asesoramiento. Estos recopilaron información pertinente en 39 países de todas las regiones del mundo⁸⁸. La presente sección contiene los resultados de estos esfuerzos, es decir, los análisis de los marcos normativos nacionales de los 39 países y las principales conclusiones.

La selección de países se hizo teniendo en cuenta la diversidad de las tradiciones legales, las características regionales y los modelos de asistencia de salud (Estados federales o unitarios, sistema público o privado, etc.), así como las consecuencias para la prestación de asistencia de salud. Basándose en las respuestas al cuestionario, el Servicio de Asesoramiento preparó seis estudios de países, que se presentan en el anexo 1.

3.2.1 Introducción

Todos los Estados objeto del estudio han adoptado marcos normativos nacionales destinados a regular los sistemas de salud en su territorio. El marco jurídico varía de un país a otro tanto con respecto al fondo como a la forma; algunos son más detallados que otros. La mayoría de los Estados considera que el derecho a la salud es un derecho constitucional⁸⁹ y ha adoptado una legislación sobre el acceso a la asistencia de salud, reglamentos para el sistema de salud y leyes o disposiciones legislativas para situaciones específicas, como los desastres naturales y otras emergencias. Sin embargo, en la mayoría de los casos, los marcos normativos no definen su ámbito de aplicación, ya que no hacen referencia explícita a las situaciones de conflicto armado y otras emergencias y, por lo tanto, son más bien de carácter general.

En la actualidad, solo unos pocos Estados disponen de marcos jurídicos que permiten abordar específicamente las situaciones de conflicto armado y otras emergencias⁹⁰. Sin embargo, en la mayoría de los contextos, la protección de la prestación de asistencia de salud⁹¹ se hizo efectiva mediante la legislación nacional por la que se regula el uso de los emblemas distintivos, cubriendo así solo un aspecto de la cuestión, o por medio de la legislación penal o de otras medidas legales y manuales militares. Donde no existen marcos jurídicos específicos que cubran los conflictos armados y otras

⁸⁵ *Ibid.*, párr. 59.

⁸⁶ Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

⁸⁷ Al 1 de septiembre de 2014, 15 Estados eran parte en este Protocolo facultativo (que entró en vigor en 2008).

⁸⁸ Afganistán, Argentina, Australia, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Bélgica, Brasil, Burundi, Camerún, Chile, China, Colombia, Comoras, Croacia, República Democrática del Congo, Egipto, España, Federación de Rusia, Filipinas, Hungría, India, Côte d'Ivoire, Kazajstán, Kenia, Malasia, Malí, México, Nepal, Nigeria, Níger, Pakistán, Perú, Polonia, República de Corea, Senegal, Serbia, Sudáfrica, Tailandia y Uganda.

⁸⁹ Algunos ejemplos: Argentina, Belarús, Bosnia y Herzegovina, Camerún, Chile, Colombia, Côte d'Ivoire, Croacia, Egipto, Federación de Rusia, México, Nepal, Níger, Pakistán, Senegal y Serbia.

⁹⁰ Vale la pena mencionar también el ejemplo de **Afganistán**, donde la ley sobre gestión de desastres define dos tipos de desastre: los desastres naturales y los provocados por el hombre. Los primeros se deben a causas naturales y los últimos a actividades humanas (incendios, accidentes de avión, explosiones, conflictos, ciberamenazas, etc.).

La legislación **belga** reconoce dos tipos de emergencia: (i) las situaciones de emergencia colectiva y (ii) las manifestaciones.

⁹¹ Para los fines de este taller, la expresión "misión médica" comprende: (1) las instalaciones y los medios de transporte sanitarios (por ej., hospitales, dispensarios, puestos de primeros auxilios y ambulancias); (2) el personal de salud (el personal que trabaja en instalaciones de salud o en ambulancias o profesionales independientes); (3) el personal de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja encargado de prestar asistencia de salud, incluidos los voluntarios; (4) las ONG dedicadas a la asistencia de salud; y (5) el personal y las instalaciones de salud militares y los medios de transporte sanitarios militares.

emergencias, los Estados han permitido que las autoridades adopten las medidas necesarias para hacer frente a las emergencias cuando ocurran⁹².

3.2.2. La protección de la asistencia de salud en el derecho y la práctica nacionales

La protección de los heridos y los enfermos, el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios

– Protección de los heridos y los enfermos.

Varios marcos jurídicos a nivel nacional confieren una protección a los heridos y los enfermos. Las constituciones abarcan el derecho a la salud; existen disposiciones específicas sobre la asistencia de salud, y los derechos administrativo y penal sancionan las violaciones de este derecho.

Los sistemas de asistencia de salud y las condiciones de acceso varían de un Estado a otro. Algunos Estados han adoptado marcos específicos que garantizan el acceso de los heridos y los enfermos al sistema de asistencia de salud sin imponer ninguna condición. Se concede el acceso porque los heridos y los enfermos se consideran o son declarados víctimas de una situación determinada (un conflicto armado u otra emergencia).

Colombia⁹³ es un caso interesante puesto que el país ha tenido que encarar un conflicto armado, que ha durado más de 60 años, y otras emergencias. Su sistema de salud se ha ido adaptando para tener en cuenta estas situaciones. Se ha instaurado un sistema completo para prestar servicios de salud a las víctimas del conflicto armado que, en virtud de lo dispuesto en la Ley de víctimas y restitución de tierras de 2011, tienen derecho a un acceso gratuito a la asistencia de salud. Esta ley contiene una lista de servicios de salud que las víctimas del conflicto armado tienen derecho a consultar. Se hace especial hincapié en el acceso a los servicios de aborto para las víctimas de violencia sexual cuando tales casos están comprendidos en la jurisprudencia de la Corte Constitucional, así como en el apoyo a los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres.

En **Perú**, el plan de reparación para las víctimas de la violencia, que tuvo lugar entre 1980 y 2000, incluye un programa de salud que les otorga el derecho a acceder libremente a la atención médica. Además, el Ministerio de Salud emitió una resolución en 2012 que contiene directrices relativas a la prestación de apoyo psicosocial a los familiares de personas desaparecidas.

Las modalidades de acceso a los servicios de asistencia de salud pueden variar en tiempo de conflicto armado y otras emergencias. Por ejemplo, en **Bélgica**, la legislación nacional establece que en situaciones de emergencia no se requiere ninguna formalidad para tener acceso a dichos servicios.

– Protección del personal de salud.

Personal y actividades de salud

En casi todos los casos, los marcos normativos nacionales dan una definición de la expresión “personal de salud”⁹⁴. Esta expresión está definida en los marcos jurídicos nacionales que regulan el sistema de salud pública, en particular las disposiciones relativas a las diferentes categorías de profesionales de la salud (por ejemplo, médicos, enfermeros, dentistas). Además, se incluyen definiciones de “personal

⁹² Por ejemplo, en **Belarús**, con arreglo a lo estipulado en el art. 63 de la ley de asistencia de salud, durante las emergencias, los socorristas, el personal del Ministerio del Interior y otros funcionarios públicos deben tomar las medidas necesarias para brindar asistencia a las personas que necesitan atención de salud urgente.

⁹³ Véase el estudio de país sobre **Colombia** en el anexo 1.

⁹⁴ Una resolución del Ministerio de Salud de **Colombia** adopta la siguiente definición general de “personal sanitario”: “personas profesionales de la salud y otras disciplinas que ejercen funciones en situaciones o zonas de conflicto armado u otras situaciones de violencia”.

En la **Federación de Rusia**, la ley federal 323-FZ, art. 2 (cl.13) da la siguiente definición de “personal de salud”: “persona con formación médica o de otro tipo, que trabaja en una institución médica y sus funciones de trabajo incluyen actividades médicas, o empresario que participa directamente en actividades médicas”. En casos de desastre, el mismo personal hará también las veces de socorrista.

de salud” en las leyes por las que se protegen los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo⁹⁵.

La diversidad de marcos normativos nacionales es lo que explica que haya muchas definiciones de la expresión “personal de salud” en el contexto de conflictos armados y otras emergencias⁹⁶. Las actividades llevadas a cabo por el personal de salud también están consagradas de diversas formas en la legislación nacional y entre ellas figuran, en particular, el diagnóstico, la atención preventiva y especial, la atención y la asistencia de urgencia, así como el transporte y el tratamiento de los heridos y los enfermos⁹⁷.

En algunos contextos, se introdujeron medidas excepcionales para brindar asistencia de salud en situaciones de emergencia. Por ejemplo, en **Bélgica**, quienes no están calificados legalmente para practicar la medicina pueden hacerlo en circunstancias excepcionales: tienen derecho a realizar ciertas tareas médicas después de un desastre o durante una guerra⁹⁸.

Un aspecto importante de la definición de las actividades sanitarias es la inclusión de la medicina tradicional⁹⁹, ya que muchas personas prefieren tener acceso a este tipo de tratamiento. Por ello, los diferentes Estados han adoptado marcos jurídicos que regulan específicamente ese tipo de prácticas médicas¹⁰⁰.

Respetar y proteger al personal de salud

Uno de los aspectos fundamentales para garantizar la prestación de asistencia de salud y el acceso a esta en condiciones seguras es velar por el respeto y la protección del personal y las instalaciones de salud. En la mayoría de los contextos analizados, los ministerios y las autoridades de salud en los distintos niveles supervisan la gestión del personal de salud civil; los ministerios de defensa están a cargo del personal sanitario de las fuerzas armadas.

Más allá del control ejercido sobre el personal de salud, es esencial adoptar medidas para garantizar su respeto y protección y así evitar ataques de cualquier tipo contra ellos o alguna injerencia en su

⁹⁵ Por ejemplo, en **Belarús**, en el art. 2 de la ley sobre el emblema se da la siguiente definición de “personal sanitario”: “personas designadas con carácter permanente o temporal para buscar, recoger, trasladar, diagnosticar o tratar a los heridos, los enfermos, los naufragos, incluyendo la prestación de primeros auxilios, como medida preventiva contra las enfermedades, y también para abastecer económica, material y técnicamente a las formaciones médicas”. Véase <http://law.by/main.aspx?guid=3871&p0=H10000382e>.

⁹⁶ En el derecho nacional, así como en los reglamentos que rigen las actividades médicas y los servicios de salud, hay diversas definiciones de “personal sanitario”. En varios manuales militares existen definiciones de la expresión en relación con los conflictos armados. Véanse, por ejemplo, Manual de derecho de los conflictos armados de **Australia** (2006); Manual del Instructor de **Camerún** (2006); Manual de DIH de **Perú** (2004); Manual Revisado de Educación Cívica de **Sudáfrica** (2004) o Manual de Derecho de los Conflictos Armados de **España** (2007). Estas definiciones toman en cuenta la definición de los términos prevista en el DIH.

⁹⁷ En **Côte d’Ivoire**, la expresión “actividades sanitarias” incluye la atención preventiva, la curación y la asistencia especial. En **Burundi**, comprende el diagnóstico, la asistencia preventiva y especial, la formación de personal nuevo, la planificación y la supervisión. La ley sobre el emblema en **Belarús** dispone que el personal de salud puede realizar las actividades siguientes: búsqueda, recogida, traslado, diagnóstico y tratamiento de los heridos, los enfermos y los naufragos; primeros auxilios; prevención de enfermedades; y apoyo logístico de las operaciones de unidades sanitarias. Las actividades del personal sanitario de conformidad con la reglamentación del Servicio de Gestión de Desastres **para toda Rusia** incluye lo siguiente: prestar asistencia de salud en las emergencias, brindar atención de urgencia, garantizar una respuesta eficaz a emergencias, previsiones en casos de emergencia y formación para socorristas.

Las fuerzas armadas de **Bélgica** proporcionan apoyo sanitario que abarca: (i) la asistencia a los heridos, los enfermos y los naufragos, civiles y militares, incluyendo la evacuación; (ii) la distribución de suministros médicos; (iii) la educación de la población local en materia de los principios generales de la medicina preventiva y la higiene, y la sensibilización sobre los peligros del medio ambiente para la salud; (iv) el asesoramiento de las autoridades locales sobre cuestiones médicas como la prevención y, en caso de necesidad, prestar apoyo; y (v) la participación en la recogida y el traslado de cadáveres.

Los Estados también incluyen en su legislación las actividades que realiza el personal sanitario en casos de desastre y otras emergencias. Por ejemplo, las normas que regulan el Servicio de Medicina en Casos de Desastres para toda Rusia contienen la siguiente lista de actividades médicas:

(i) prestar asistencia sanitaria en casos de emergencia; (ii) brindar atención y asistencia de urgencia; (iii) asegurar una respuesta eficaz ante las emergencias; (iv) mejorar las capacidades del Servicio; (v) desarrollar conocimientos especializados y adoptar medidas de protección (incluidas las de índole sanitaria) para el control de la población en casos de emergencia; (vi) pronóstico en casos de emergencia; (vii) formación de socorristas; y (viii) otras tareas.

El Manual de Misión Médica de **Colombia** (<https://www.icrc.org/spa/assets/files/2013/colombia-report-2012.pdf>) da la siguiente definición de “actividades sanitarias”: son la búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico, tratamiento, incluidos los primeros auxilios y rehabilitación de los heridos y enfermos, así como la prevención de las enfermedades y la administración de las unidades y medios de transporte sanitarios; el control de vectores, el programa de vacunación, el control de fuentes de agua potable, el programa de zoonosis, la atención y en general, todo tipo de servicios humanitarios propios de la asistencia en salud.

⁹⁸ Véase el estudio de país sobre **Bélgica** en el anexo 1.

⁹⁹ Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina tradicional es “todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales”. Véase sitio web de la OMS: http://www.who.int/topics/traditional_medicine/definitions/es/.

¹⁰⁰ Para más información, véase OMS, *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review* Estatuto jurídico de la medicina tradicional y la medicina complementaria y alternativa: panorama mundial, OMS, 2001, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>.

trabajo. Esto es especialmente importante en las situaciones en que se amenaza al personal de salud y sus familias. La creación de instrumentos y mecanismos específicos para garantizar su seguridad es una solución posible: por ejemplo, el personal sanitario podría utilizar líneas directas para ponerse en contacto con las autoridades del Estado y solicitar la evacuación o protección.

En **Afganistán**, se tomaron algunas medidas preventivas para proteger la prestación de asistencia de salud, así como a los heridos y los enfermos. La Ley sobre la policía exige que la policía proteja los centros de salud públicos y privados y los medios de transporte sanitarios. Los hospitales privados tienen derecho por ley a adoptar las medidas de seguridad necesarias a fin de garantizar la seguridad de los pacientes y del personal sanitario. Cabe señalar que en Afganistán no existen en la actualidad mecanismos que permitan supervisar el cumplimiento de estas obligaciones legales.

En **China**, se han establecido medidas específicas para proteger al personal de la Cruz Roja. Las personas que por medio de la violencia o de amenazas obstaculicen el trabajo del personal de la Cruz Roja en el ejercicio de sus funciones en situaciones de emergencia o en respuesta a un desastre están sujetas a la misma sanción penal que aquellas que dificultan el trabajo de los funcionarios de gobierno.

– Protección de las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios.

En casi todos los casos, la legislación nacional contiene una definición de instalación de salud y medios de transporte sanitarios, ya sea en las leyes que organizan y regulan el sistema de asistencia de salud o en las que protegen el emblema de la cruz roja o de la media luna roja¹⁰¹.

Los servicios de salud pueden estar a cargo de empresas privadas o ser parte del sistema de salud pública¹⁰².

Los signos distintivos

Casi todos los países objeto de estudio han adoptado una legislación nacional que protege el emblema, según lo previsto en el artículo 54 del I Convenio de Ginebra¹⁰³. Los Estados que no han aprobado una ley específica que proteja el emblema han incluido estas disposiciones en sus códigos penales¹⁰⁴ o han incorporado directrices apropiadas a sus manuales militares¹⁰⁵. Sin embargo, algunos Estados aún no han redactado una legislación en esta materia¹⁰⁶.

Aunque la mayoría de los países han adoptado una legislación nacional que protege el emblema, sigue siendo necesario velar por una aplicación eficaz y adoptar medidas nacionales suplementarias¹⁰⁷ que regulen en forma detallada el uso del emblema.

Es el Gobierno el que autoriza y controla el uso del emblema. En algunos contextos, el Ministerio de Defensa supervisa el uso del emblema mediante los servicios sanitarios de las fuerzas armadas, mientras que las autoridades militares o civiles, tales como el Ministerio de Salud, pueden hacerlo para los

¹⁰¹ Por ejemplo, en el art. 2 de la Ley de **Nigeria** sobre el emblema, se entiende por “unidades sanitarias”: “los establecimientos sanitarios fijos o móviles y otras unidades civiles o militares, que actúan de manera permanente o temporal con el fin de buscar, recoger, transportar, diagnosticar o tratar y cuidar a los enfermos, los heridos y los náufragos, incluidas la prestación de primeros auxilios y la prevención de enfermedades. Se entiende por “medios de transporte sanitarios”: “todo medio de transporte, militar o civil, destinado exclusivamente a trasladar rápidamente a personas en situación de emergencia a instalaciones sanitarias, y este puede ser una ambulancia aérea, helicópteros o vehículos ambulancia, buques hospital, aeronaves sanitarias. Estos vehículos, buques o aeronaves deben estar destinados exclusivamente al transporte de los heridos, el personal sanitario, el equipamiento médico o los suministros médicos”.

¹⁰² Véase el estudio de país sobre **Colombia** en el anexo 1.

¹⁰³ Art. 54, CG I, dispone que “[l]as Altas Partes Contratantes cuya legislación ya no sea suficiente tomarán las oportunas medidas para impedir y reprimir, en todo tiempo, los abusos a que se refiere el artículo 53”.

¹⁰⁴ Véanse, por ejemplo, Côte d’Ivoire, Senegal y Uganda.

¹⁰⁵ Véase “Manuales militares” en “Práctica” en norma 30, Estudio sobre el DIH consuetudinario, <https://www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/>.

¹⁰⁶ Véanse, por ejemplo, Burundi, Côte d’Ivoire, Federación de Rusia, Nepal, Perú y Sudáfrica. En **Nepal**, el emblema está protegido por una decisión del Ministerio de Salud que se incluye en el manual del ejército sobre el derecho de los conflictos armados. No hay un marco jurídico que proteja específicamente el emblema. En la **Federación de Rusia**, aunque según la Constitución los tratados internacionales forman parte del sistema jurídico nacional, no se ha adoptado ninguna ley especial que proteja el emblema ni se ha designado a ninguna entidad gubernamental para supervisar su uso adecuado.

¹⁰⁷ Véase el estudio de país sobre **México** en el anexo 1.

hospitales civiles y los bienes de carácter civil¹⁰⁸. La competencia para autorizar el uso del emblema a título protector por los hospitales civiles y los bienes de carácter civil también puede delegarse en las Sociedades Nacionales¹⁰⁹.

Las actividades sanitarias protegidas también pueden identificarse por otros medios que no son los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo¹¹⁰. Este es el caso de **Colombia**, que ha creado y adoptado sus propios medios de identificación de las actividades sanitarias (denominadas misiones médicas). Dado que el uso de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo obedece a condiciones muy estrictas y que estos signos pueden ser utilizados a título protector en tiempo de conflicto armado solamente, el uso de otros signos distintivos puede mejorar la protección de las actividades sanitarias en situaciones de emergencia que no llegan a ser un conflicto armado y evitar que se utilicen esos emblemas de manera abusiva, tal como se define en el DIH.

La ética y la confidencialidad médicas

Durante los conflictos armados y otras emergencias, la protección de los datos personales de los pacientes y la divulgación de tal información son algunas de las cuestiones más importantes en relación con la ética y la confidencialidad médicas. Algunos Estados han adoptado una política de confidencialidad respecto de la información contenida en los expedientes médicos y de la información de ciertas heridas; pero no hay una norma de derecho internacional que prohíba a un Estado adoptar una legislación que obligue a facilitar información –por ejemplo, para hacer frente a posibles enfermedades epidémicas– y varios Estados lo han hecho¹¹¹.

La mayoría de los Estados han elaborado una legislación nacional sobre la ética y la confidencialidad médicas, pero sin hacer referencia específica a los conflictos armados y otras emergencias.

Sin embargo, en **España**, el Código Penal y el Código Penal Militar contienen normas que se refieren a la ética médica en los conflictos armados¹¹².

En cambio, en **Hungría**, los servicios sanitarios de las fuerzas armadas no se rigen por la normativa específica sobre la ética médica o la confidencialidad de los datos médicos; las normas que regulan los servicios de salud civiles son, según el Ministerio de Defensa, aplicables a ellos también.

En **Bélgica**, el Código de Ética Médica (artículo 55) exige a los médicos que garanticen el secreto profesional, independientemente de las circunstancias. En el artículo 458 del Código Penal belga, se condena toda violación del secreto profesional, a menos que el proveedor deba testificar en un tribunal o ante una comisión parlamentaria de investigación o esté obligado por la ley a revelar información confidencial que le haya sido confiada. En virtud del derecho de **Afganistán**, se han establecido excepciones a la confidencialidad médica para preservar el orden público y la seguridad; ayudar a impedir que se cometa un delito o a detener a los autores de delitos; y evitar la propagación de enfermedades transmisibles que afectarían a un gran número de personas. En **Rusia**, se establece la confidencialidad médica de conformidad con la Ley Federal n.º 323-FZ (art. 13); también hay una lista exhaustiva de las situaciones en las que la información médica confidencial puede ser revelada a

¹⁰⁸ En **China**, por ejemplo, los diferentes niveles de gobierno, con la ayuda de la Sociedad Nacional, supervisan el uso del emblema y sancionan el uso indebido. La utilización del emblema de la cruz roja a título protector la autorizan y supervisan el Consejo de Estado y la Comisión Militar Central, y el uso a título indicativo lo autoriza y supervisa la Cruz Roja China. En la **India**, en el artículo 12 de la Ley sobre los Convenios de Ginebra, de conformidad con los Convenios de Ginebra, se prohíbe el uso de la cruz roja y de otros emblemas sin la aprobación del Gobierno Central. Como la India no ha ratificado el Protocolo III, no existe una protección jurídica específica para el emblema del cristal rojo en la legislación nacional. Además, las normas de la Cruz Roja de la India para el Estado/Territorio de la Unión/secciones de distrito, establecidas en el artículo 5 de la Ley sobre la Cruz Roja de la India de 1920, contienen algunas disposiciones relacionadas con el emblema y los derechos de los miembros para garantizar su uso adecuado.

¹⁰⁹ Para más información sobre el cometido que pueden desempeñar las Sociedades Nacionales con respecto a la autorización del uso del emblema a título protector, véase la publicación del CICR *Estudio sobre cuestiones operacionales, comerciales y no operacionales relativas al uso del emblema*, pp. 44–47. Esta publicación puede consultarse en línea: https://www.icrc.org/spa/assets/files/other/30-09-09_strategy-for-the-mvt_7-3_emblem_spanish.pdf.

¹¹⁰ Véase sección 3 “Marco jurídico”.

¹¹¹ Norma 26, Estudio sobre el DIH consuetudinario. Véase, por ejemplo, orden ejecutiva de **Filipinas** 212, párr. 276.

¹¹² El Código Penal Militar y el Código Penal contienen normas sobre ética médica que son pertinentes en los conflictos armados. En el art. 76 del Código Penal Militar se prohíbe la experimentación médica injustificada. El art. 609 añade la prohibición de los actos médicos no indicados para el bienestar del paciente o que no se ajusten a las normas médicas generalmente reconocidas. Por último, el art. 612 (3) establece la obligatoriedad de proporcionar asistencia médica adecuada, así como de informar al paciente de su condición. Estas son prohibiciones que ofrecen una forma sencilla pero eficaz de garantizar la ética médica en los conflictos armados.

terceros. Esta lista no indica si dicha confidencialidad es aplicable a los conflictos armados y otras emergencias, pero hace referencia a determinadas situaciones que constituyen emergencias: (i) la amenaza de epidemia o el envenenamiento masivo; y (ii) la investigación de accidentes de trabajo.

Los casos recientes en los que se ha procesado a personal de salud por haber brindado atención médica a los miembros de grupos armados no estatales parecen estar en contradicción con algunos de los principios más elementales de la ética médica. En algunos casos, que han sido objeto de decisiones judiciales en el ámbito nacional, los tribunales nacionales han declarado al personal de salud culpable de haber cometido actos de terrorismo o rebelión o prestado apoyo al terrorismo al proporcionar asistencia médica a miembros de grupos armados no estatales. En particular, el caso *De La Cruz Flores vs. Perú* ha sido objeto de una decisión dictada por la Corte Interamericana de Derechos Humanos¹¹³.

Sanciones

Las autoridades del Estado pueden prever diversos enfoques legislativos para incorporar sanciones por violaciones de las normas que protegen la prestación de asistencia de salud en su marco jurídico nacional, cumpliendo así su obligación de reprimir eficazmente, hacer cesar y prevenir esas violaciones¹¹⁴. Las sanciones pueden ser de índole penal, disciplinaria o administrativa, y combinables de acuerdo con la gravedad de la violación cometida.

En **Kenia**, la Ley sobre los Convenios de Ginebra prevé la represión de infracciones graves de los Convenios. Además, el artículo 8 de la Ley sobre crímenes internacionales otorga competencia al Tribunal Superior respecto de los crímenes de guerra cometidos en Kenia o en otro país si el autor o la víctima es ciudadano keniano o si el autor se encuentra actualmente en el país. En la Ley de las Fuerzas de Defensa de Kenia, también se estipulan medidas disciplinarias para algunos de los delitos tipificados en la Ley; estas incluyen la baja de las fuerzas armadas, amonestaciones, multas y penas de cárcel¹¹⁵. Las violaciones del DIH también son objeto de medidas disciplinarias en los manuales militares de Belarús y Rusia.

En **Serbia**, el Código Penal abarca los crímenes de guerra cometidos contra la población civil y los heridos y los enfermos; el trato cruel de los heridos, los enfermos y los prisioneros de guerra; y el uso indebido de los emblemas reconocidos internacionalmente. En lo que atañe a las sanciones administrativas, las instalaciones de salud pueden ser multadas por (i) violar las normas de protección de datos y (ii) en casos de epidemia y otras catástrofes, cuando no presenten datos precisos sobre la situación a los órganos estatales pertinentes. También se prevé en la ley la imposición de multas a los responsables de las instalaciones de salud. Por otra parte, conforme a la Ley sobre el uso y la protección del emblema y el nombre de la Cruz Roja, se aplicarán multas por el uso no autorizado del emblema de la cruz roja.

Del mismo modo, en **Senegal**, el uso indebido del emblema de la cruz roja y de otros signos distintivos está tipificado como delito y, con arreglo a la Ley sobre el uso y la protección del emblema de la cruz roja y de la media luna roja, el infractor puede ser condenado a una multa y/o a una pena de cinco años de prisión. La duración de la pena se duplicará si la violación es cometida durante un conflicto armado. En el marco normativo nacional senegalés, se establece una serie de medidas provisionales, entre las que figuran la incautación de los objetos que lleven el signo distintivo, y la persona responsable de la violación se hará cargo de todo gasto que esto ocasione.

¹¹³ Corte Interamericana de Derechos Humanos, *De La Cruz-Flores vs. Perú. Fondo, reparaciones y costas*. Sentencia de 18 de noviembre de 2004, párr. 102. El Tribunal estima que el Estado incurrió en una violación del principio de legalidad, por: tomar en cuenta como elementos generadores de responsabilidad penal la pertenencia a una organización terrorista y el incumplimiento de la obligación de denunciar y, sin embargo, sólo aplicar un artículo que no tipifica dichas conductas; por no especificar cuál o cuáles de las conductas establecidas en el artículo 4 del Decreto Ley n.º 25.475 eran las cometidas por la presunta víctima para ser responsable del delito; por penalizar el acto médico que no sólo es un acto esencialmente lícito, sino que es un deber de un médico el prestarlo; y por imponer a los médicos la obligación de denunciar posibles conductas delictivas de sus pacientes con base en la información que obtengan en el ejercicio de su profesión.

¹¹⁴ Para más información sobre los enfoques nacionales para reprimir los crímenes internacionales, véase la publicación del CICR *Preventing and repressing international crimes: Towards an "integrated" approach based in domestic practice*, informe de la Tercera Reunión Universal de Comisiones Nacionales de Aplicación del Derecho Internacional Humanitario, febrero de 2014.

¹¹⁵ Para más detalles véase el estudio de país sobre **Kenia** en el anexo 1.



4. EL TALLER DE BRUSELAS: DEBATES Y RECOMENDACIONES

4.1. OBSERVACIONES GENERALES

La presente sección del informe contiene un resumen de los debates celebrados en los grupos de trabajo y en las sesiones plenarias que siguieron a cada reunión de los grupos de trabajo y refleja en la mayor medida posible los distintos puntos de vista expresados por los participantes. Las recomendaciones formuladas en esta sección son, por lo tanto, el resultado de extensos debates e intercambios entre todos los participantes acerca de las buenas prácticas y los problemas encarados en los respectivos países en lo que a prestar asistencia de salud en los conflictos armados y otras emergencias se refiere.

Los participantes fueron divididos en cuatro grupos de trabajo en función de su idioma de preferencia: un grupo en francés, otro en español y dos en inglés. Se celebraron cuatro reuniones de los grupos de trabajo, correspondientes a cuatro temas principales definidos previamente por el CICR. Para preparar el taller, todos los participantes recibieron un documento de referencia que resumía las normas derivadas del marco jurídico internacional que permite proteger la asistencia de salud, junto con los resultados de la investigación documental realizada por el Servicio de Asesoramiento acerca de los marcos jurídicos nacionales¹¹⁶. Con miras a facilitar y guiar el debate dentro de los grupos de trabajo sobre las cuestiones más importantes en relación con cada tema, el Servicio de Asesoramiento también preparó otro documento en el que se establecieron, para cada reunión de los grupos de trabajo, las preguntas precisas para el debate.

Dado que no todos los países han alcanzado en su legislación nacional el mismo nivel de aplicación del marco jurídico internacional en materia de protección de la asistencia de salud y el acceso a esta, es importante que las autoridades del Estado determinen qué recomendaciones son pertinentes en su propio contexto y tomen las medidas adecuadas para aplicarlas. Saber qué recomendaciones tienen sentido en un contexto dado también requiere que los Estados tengan una profunda comprensión de la índole y las causas de la violencia que se registra contra la asistencia de salud en su territorio.

Por otra parte, el hecho de que un Estado haya adoptado un marco jurídico amplio para la protección de la asistencia de salud no significa necesariamente que haya cumplido del todo con sus obligaciones internacionales. De hecho, los Estados que están muy avanzados en la aplicación a nivel nacional todavía pueden toparse con dificultades para garantizar el respeto del derecho y la protección eficaz de la asistencia de salud y el acceso a esta en su territorio. Estos países tal vez tendrían que centrarse, por ejemplo, en la difusión de las normas, la formación de las partes interesadas y los posibles autores de la violencia contra la asistencia de la salud, y en la mejora de la eficacia de sus sistemas de justicia y de sanciones penales.

¹¹⁶ Véase sección 3.2 para más información sobre la investigación documental.

En general, las recomendaciones derivadas de los debates giraron en torno a la puesta en práctica de tres grandes tipos de medidas a nivel:

- legislativo para la aplicación del marco jurídico internacional vigente;
- de difusión, educación y formación; y
- de coordinación entre las partes interesadas.

4.2. DEBATES Y RECOMENDACIONES

4.2.1. Primera reunión: ¿cómo hacer más eficaz la protección jurídica de los heridos y los enfermos, el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios?

Debate

Las situaciones de conflicto armado y otras emergencias a menudo hacen que la prestación de servicios de salud y el acceso a estos y a las instalaciones de salud sean más difíciles o peligrosos. Atendiendo al principio de que el personal, las instalaciones y los medios de transporte sanitarios deben ser protegidos contra toda forma de violencia y de que los heridos y los enfermos deben tener acceso a servicios de salud imparciales¹¹⁷ en todas las circunstancias, los participantes examinaron diversos tipos de medidas nacionales que podrían contemplarse para mejorar la protección de la prestación de asistencia de salud y garantizar el acceso eficaz y más seguro a dicha asistencia en situaciones de conflicto armado y otras emergencias, en los lugares donde suele necesitarse más.

En el transcurso de esta primera reunión de los grupos de trabajo, algunos participantes formularon reservas con respecto al uso de la expresión “otras emergencias”, mencionada en la resolución 5 aprobada por la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, ya que no está definida claramente en el derecho internacional, y pidieron que los Estados a los que esto incumbía definieran su ámbito de aplicación, de conformidad con el marco jurídico aplicable. Por lo tanto, estos participantes opinaban que el proyecto Asistencia de salud en peligro debía centrarse en mejorar la protección de la prestación de asistencia de salud en situaciones de conflicto armado. Por el contrario, otros participantes consideraron que este proyecto debía cubrir también la protección de la asistencia de salud en situaciones de emergencia que no alcanzaran el umbral de un conflicto armado.

Se hizo a los participantes las preguntas siguientes:

- ¿Debería haber un marco jurídico específico para la protección de la prestación de asistencia de salud en los conflictos armados y otras emergencias o cualquier legislación específica de emergencia, o el marco jurídico vigente es aplicable también en esas situaciones?
- ¿El control del personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios incluye medidas para su protección y mecanismos de seguimiento de amenazas o ataques contra ellos?
 - De ser así, ¿cuáles son los criterios para el registro de incidentes, basados en un análisis contextual de la índole de los incidentes violentos?
 - ¿Quién debe administrar estos mecanismos de control (autoridades del Estado u otras partes interesadas)?
- ¿Qué más se necesita para elaborar y aplicar medidas de seguridad a nivel nacional para garantizar el acceso eficaz y más seguro para los heridos y los enfermos al sistema de salud?
- ¿Qué otras medidas deben establecerse para hacer frente a las necesidades de asistencia de salud de las víctimas de violencia sexual en los conflictos armados y otras emergencias?
- ¿Hay otros tipos de tratamiento médico (por ejemplo, la medicina tradicional) incluidos en el concepto de misión médica?

¹¹⁷ La imparcialidad es uno de los siete Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y prohíbe toda discriminación por motivos de nacionalidad, raza, religión, condición social o credo político. Su finalidad es aliviar el sufrimiento de las personas guiándose únicamente por sus necesidades y dar prioridad a los casos más urgentes.

Recomendaciones

RECOMENDACIÓN (1): LOS ESTADOS DEBEN TOMAR LAS MEDIDAS ADECUADAS PARA CUMPLIR SUS OBLIGACIONES INTERNACIONALES CON RESPECTO A LA PROTECCIÓN DE LA ASISTENCIA DE SALUD EN SU MARCO JURÍDICO NACIONAL DE MANERA QUE TENGA EN CUENTA SUS ESPECIFICIDADES NACIONALES Y GARANTICE UNA PROTECCIÓN EFICAZ DE LA ASISTENCIA DE SALUD Y EL ACCESO A ESTA EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS

Al establecer el marco jurídico nacional para la protección de la asistencia de salud, las autoridades del Estado deben tener en cuenta las ventajas y desventajas de las leyes específicas aplicables a los conflictos armados y otras emergencias y de la legislación general aplicable en todas las circunstancias.

Se invitó a los participantes a que reflexionaran sobre las ventajas y desventajas de establecer un marco jurídico nacional específico aplicable a las situaciones de conflicto armado y otras emergencias¹¹⁸, junto con otras leyes aplicables en tiempo de paz, en lugar de un marco jurídico general aplicable en todas las circunstancias. Si bien las opiniones divergieron ampliamente entre los grupos, la mayoría de los participantes coincidió en que un marco jurídico específico tiene la ventaja de proporcionar disposiciones claras que requieren menos interpretación y que se adaptan mejor a las situaciones de conflicto armado y otras emergencias. Sin embargo, es probable que en la práctica esto resulte ser ineficaz porque las autoridades deberán decidir si una situación constituye un conflicto armado u otra emergencia, lo que suele estar sujeto a consideraciones políticas. De hecho, un Estado puede mostrarse reacio a calificar una situación existente en su territorio de conflicto armado o, en menor medida, de emergencia¹¹⁹. Por el contrario, la mayoría de los participantes subrayó que un marco jurídico general que no haga referencia a ninguna situación en particular y que, por lo tanto, sea aplicable en todas las circunstancias ofrece la ventaja de evitar el problema de la calificación de las situaciones por las autoridades estatales.

Algunos participantes no estaban de acuerdo con la pertinencia de elaborar una legislación aplicable a otras situaciones de emergencia y sostenían, entre otras cosas, que el derecho internacional no daba una definición adecuada del término. Otros participantes consideraron, en cambio, que era necesario otorgar una mayor protección a la asistencia de salud en los países donde había diversas formas de violencia o disturbios internos que no alcanzan el umbral de un conflicto armado.

En general, se acordó que, en el caso de que un Estado decidiera adoptar un marco nacional específico aplicable a los conflictos armados y otras emergencias, ya sea en forma de un cuerpo legislativo único aplicable en ambos casos o en forma de leyes distintas, incumbía a cada Estado definir y circunscribir con precisión la expresión “otra emergencia” en su legislación nacional. También se señaló que la legislación específica tenía que ser debidamente divulgada para que todas las partes interesadas conocieran su existencia y prever una formación específica para el personal sanitario.

La aplicación del marco jurídico internacional para la protección de la asistencia de salud debe tener en cuenta las especificidades de cada sistema jurídico nacional (por ejemplo, el derecho civil frente al derecho común) y la distribución de las competencias jurisdiccionales (por ejemplo, los Estados federales y los centralizados).

Los participantes rechazaron la idea de una solución universal en lo que respecta a la cuestión de la especificidad del marco jurídico para la protección de la asistencia de salud y subrayaron la importancia de tener en cuenta las características de cada Estado en lo referente al régimen jurídico y la distribución de competencias jurisdiccionales. Por ejemplo, la distribución de los poderes legislativos entre la autoridad central y las entidades federadas en los Estados federales puede afectar la capacidad de las

¹¹⁸ Esta opción incluye, además de la legislación general aplicable en tiempo de paz, la legislación específica aplicable en situaciones de conflicto armado y otras emergencias o la legislación específica aplicable a los conflictos armados y otras normas aplicables a otras situaciones de emergencia.

¹¹⁹ Por ejemplo, una situación de conflicto armado implica el cumplimiento de las obligaciones establecidas en los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales (por ejemplo, con respecto a la protección de la población civil o la protección de los prisioneros de guerra).

autoridades del Estado para legislar en asuntos relacionados con la protección de la asistencia de salud y también sobre cuestiones relativas a las situaciones de conflicto armado u otras emergencias. Ya sea general o específico, se entiende que el marco jurídico nacional para la protección de la asistencia de salud debe reflejar las obligaciones internacionales y ser exhaustivo y coherente.

Lo más importante es que debe elaborarse de tal forma que garantice la protección más eficaz de la asistencia de salud y el acceso a esta.

RECOMENDACIÓN (2): LOS ESTADOS DEBEN TENER UNA MEJOR COMPRENSIÓN DE LA ÍNDOLE DE LA VIOLENCIA CONTRA LA ASISTENCIA DE SALUD EN SU PROPIO TERRITORIO, INCLUYENDO TODO TIPO DE INJERENCIA INDEBIDA EN LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA DE SALUD, A FIN DE OFRECER UNA RESPUESTA ADECUADA

Establecer un sistema nacional para recopilar datos sobre la incidencia de la violencia contra el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios, así como contra los pacientes, incluyendo todo tipo de injerencia en la prestación de asistencia de salud.

Los participantes hicieron hincapié en la falta general de información sobre la índole de la violencia contra la asistencia de salud en los respectivos países, en lo referente sobre todo a sus causas, sus autores y sus consecuencias. La creación de un sistema nacional de recopilación de datos sobre todas las formas de violencia que tienen lugar contra la asistencia de salud (incluyendo la presión indebida sobre el personal de salud para que no cumpla con sus deberes éticos, como la obligación de respetar la confidencialidad de los datos médicos) se considera, pues, esencial para tener una mejor comprensión de la situación imperante en un contexto determinado y permitir a las autoridades del Estado formular una estrategia de seguimiento adecuada y una respuesta de protección práctica. Los puntos específicos examinados en este sentido versaron sobre qué se debía informar en el contexto de la recopilación de datos, quién debía elaborar el informe y qué autoridad o entidad nacional había de encargarse de recopilar la información y gestionar dicho sistema, y cómo y con qué propósito se debían recopilar, utilizar y proteger los datos.

En general, los participantes coincidieron en que este sistema lo deben instaurar las autoridades del Estado en tiempo de paz como una medida preventiva y en función de determinados criterios. En particular, un sistema nacional de recopilación de datos deberá:

1. **guiarse por criterios precisos**, categorizar los datos según el contexto (por ejemplo, la legislación por la que se crea un sistema de este tipo debe definir con precisión qué tipo de información se recopilará y cómo se va a organizar);
2. **estar a cargo de las autoridades del Estado** (por ejemplo, los Ministerios de Salud y del Interior y, cuando existe tal puesto, un defensor del pueblo¹²⁰) e involucrar a todas las partes interesadas en el sistema de salud (asociaciones médicas, etc.), ya que es esencial la coordinación entre todas las partes interesadas;
3. **ser independiente y transparente** con miras a garantizar la fiabilidad de los datos recopilados;
4. **utilizarse solamente para el análisis** (no tener la intención de usarlo en diligencias penales);
5. **garantizar la protección del uso de los datos recopilados y el acceso** a estos.

A fin de demostrar su utilidad para comprender la índole de la violencia contra la asistencia de salud y contribuir a elaborar medidas prácticas para abordarla, los datos recogidos deben organizarse y analizarse cuidadosamente en función de criterios precisos. Se consideró esencial que el establecimiento de un sistema nacional de recopilación de datos vaya acompañado de una estrategia de seguimiento y que las medidas concretas de protección operacional establecidas por las autoridades del Estado se ajusten a cada contexto particular.

¹²⁰ En el contexto de los debates, la expresión "defensor del pueblo" se refiere a un funcionario del Gobierno independiente y objetivo que tiene el deber de atender e investigar las denuncias presentadas por ciudadanos contra otros funcionarios o entidades gubernamentales.

Además, se reconoció en general que este sistema ha de ser creado y administrado por las autoridades del Estado; algunos participantes señalaron que los Ministerios de Salud y del Interior tienen un papel crucial que desempeñar en el proceso. Se consideró importante que la recopilación de información, el mecanismo de análisis y la supervisión del sistema incumbieran a todas las partes interesadas del sector de la salud, ya que la coordinación entre ellas era esencial para su eficacia.

Los participantes opinaron que el objetivo y la función de este sistema deben definirse de manera clara para asegurar que se utilice con fines de análisis solamente y que el uso de los datos recopilados y el acceso a ellos deben protegerse y regularse adecuadamente, por ejemplo, garantizando la confidencialidad de la información recogida. Mientras algunos participantes sugirieron que esta información podría utilizarse en diligencias penales, la mayoría coincidió en que la confidencialidad de los datos personales recogidos alentaría una mayor cooperación entre las partes interesadas y aseguraría que la información reunida refleje mejor la realidad. Es necesario adoptar medidas adecuadas para garantizar la independencia y transparencia del sistema.

Un sistema nacional de recopilación de datos podría complementarse con un sistema internacional para la consolidación y comparación de los datos a fin de tener una comprensión completa de la índole de la violencia contra la asistencia de salud en todo el mundo y fomentar la cooperación entre los Estados a fin de formular estrategias coordinadas a nivel mundial para la protección del personal, las instalaciones y los medios de transporte sanitarios.

También se sugirió que la supervisión nacional podía complementarse con un sistema internacional que permitiera consolidar y comparar los datos a fin de obtener una comprensión global de la índole de la violencia contra la asistencia de salud en todo el mundo y, por lo tanto, fomentar la cooperación entre los Estados con miras a desarrollar estrategias globales y coordinar respuestas de protección para el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios¹²¹.

RECOMENDACIÓN (3): LAS MEDIDAS DE PREVENCIÓN Y SEGURIDAD PARA PROTEGER LA ASISTENCIA DE SALUD Y GARANTIZAR UN ACCESO MÁS SEGURO A ESTA DEBEN INCLUIR LA EDUCACIÓN, LA FORMACIÓN Y LA DIFUSIÓN DE LA LEGISLACIÓN VIGENTE

Los Estados deben tomar las medidas adecuadas para formar a las fuerzas armadas y de seguridad, los funcionarios públicos, el personal de salud y la población en general en la legislación nacional que protege la prestación de asistencia de salud y el acceso a esta (incluido el derecho a la salud).

Muchos de los participantes destacaron que uno de los principales obstáculos para la protección eficaz de la prestación de asistencia de salud en muchos contextos no era la falta de una legislación nacional, sino más bien el hecho de que las personas encargadas de observar y aplicar las normas que protegen la asistencia de salud y el acceso a esta a menudo no conocen o conocen mal el alcance de sus obligaciones o en qué circunstancias estas han de cumplirse. En general, se recomendó que las autoridades del Estado tomaran las medidas adecuadas para impartir una formación específica a fin de explicar esas normas a los miembros de las fuerzas armadas y de seguridad (militares y policías) y, donde sea aplicable, a grupos armados no estatales¹²², así como a los funcionarios de las autoridades nacionales interesadas, como los Ministerios de Salud, Interior y Justicia.

Las autoridades del Estado deben dar a conocer la importancia de respetar al personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios.

Los participantes pusieron de relieve la importancia de sensibilizar a las fuerzas armadas y de seguridad, los actores no estatales y la población en general acerca de las graves consecuencias de la violencia contra el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios, incluyendo la

¹²¹ En este contexto, se hizo mención del ejemplo de la OMS, a la que los Estados encargaron en el sexagésimo quinto período de sesiones de la Asamblea Mundial de la Salud en 2012 que desarrollara una metodología global para recopilar datos sobre la violencia contra la prestación de asistencia de salud.

¹²² La expresión "grupos armados no estatales" incluye las milicias, los agentes de seguridad privada, así como los movimientos rebeldes y guerrilleros que no forman parte del aparato de aplicación de la ley, militar o de seguridad de un Estado.

presión indebida sobre el personal de salud para que dé prioridad en el tratamiento, sin basarse en criterios médicos, a sus unidades militares o de policía o a familiares, así como otros tipos de amenaza a la vida y la seguridad del personal de salud. Estas formas de falta de respeto por el personal de salud pueden ocurrir en todas las circunstancias, incluso en tiempo de paz, pero pueden entrañar consecuencias devastadoras para la situación humanitaria en las zonas de conflicto, donde el personal sanitario que es víctima de este tipo de amenazas se ve obligado a huir de sus lugares de trabajo y dejar a la población local sin atención médica en momentos en los que suele ser más necesaria.

La obligación de socorrer o prestar asistencia a las personas que necesitan atención médica urgente debe contemplarse en el derecho nacional aplicable y estar sujeta a sanciones penales en todas las circunstancias, incluidos los conflictos armados y otras emergencias.

Muchos de los participantes coincidieron en que obligar a todos los individuos a socorrer o asistir a las personas que necesitan atención médica urgente podría contribuir a mejorar el acceso de los heridos y los enfermos a los servicios de salud en tiempo de conflicto armado y otras emergencias. Esta obligación ya existe en muchos países. En **Colombia**, por ejemplo, esta obligación se deriva de un “deber de solidaridad social”¹²³ y cualquier infracción puede dar lugar a penas de prisión en virtud del Código Penal¹²⁴. En **Bélgica**, la omisión de asistir u obtener asistencia para una persona en grave peligro es castigado en el Código Penal belga (artículo 422bis) con ocho días a un año de prisión y/o con una multa de 50 a 500 euros¹²⁵.

RECOMENDACIÓN (4): LOS ESTADOS DEBEN TOMAR MEDIDAS APROPIADAS PARA FORTALECER LA COORDINACIÓN ENTRE LAS DIFERENTES PARTES INTERESADAS EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD DE EMERGENCIA A FIN DE PERMITIR UNA RESPUESTA DE EMERGENCIA MEJOR ORGANIZADA Y MÁS EFICAZ

La legislación nacional debe definir claramente las funciones y responsabilidades de las diferentes partes interesadas que prestan asistencia sanitaria de emergencia

Durante el debate sobre las funciones y responsabilidades de las diferentes partes interesadas que prestan servicios de asistencia de salud en situaciones de conflicto armado y otras emergencias, se puso de relieve la necesidad de fortalecer la coordinación entre las partes interesadas a fin de brindar una asistencia sanitaria mejor organizada y más eficaz a las personas afectadas por los conflictos armados y otras situaciones de emergencia. Se observó que, a veces, en la legislación nacional, no se definen con precisión las funciones respectivas de los proveedores de asistencia de salud en lo que respecta a los servicios de salud de emergencia. Por lo tanto, se consideró muy importante que las autoridades del Estado indicaran claramente, por adelantado y mediante leyes o reglamentos, los que están autorizados a brindar asistencia sanitaria de emergencia en situaciones de conflicto armado y otras emergencias, así como los actos que se les permite realizar. La legislación nacional también debe especificar las circunstancias en que esas disposiciones se ponen en vigor¹²⁶.

Las responsabilidades respectivas de las distintas partes interesadas que participan en la respuesta de emergencia pueden definirse de diferentes maneras, dependiendo entre otras cosas de las especificidades del ordenamiento jurídico de cada Estado. En **Perú**, por ejemplo, la Ley de respuesta a los desastres¹²⁷ define las funciones de las distintas partes interesadas que actúan en situaciones de emergencia y establece mecanismos de intervención conjunta, que coexisten con las asociaciones de

¹²³ Art. 95 de la Constitución de Colombia: “...Son deberes de la persona y del ciudadano: (...) 2. Obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas...”.

¹²⁴ Art. 131 del Código Penal (Ley 599 de 2000): “Omisión de socorro. El que omitiere, sin justa causa, auxiliar a una persona cuya vida o salud se encontrare en grave peligro, incurrirá en prisión”. Art. 152 de la misma Ley: “Omisión de medidas de socorro y asistencia humanitaria. El que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado y estando obligado a prestarlas, omite las medidas de socorro y asistencia humanitarias a favor de las personas protegidas, incurrirá en prisión”.

¹²⁵ Véase el estudio de país sobre **Bélgica** en el anexo 1.

¹²⁶ Véase Recomendación (1). Si estas disposiciones se aplican a situaciones de “otras emergencias”, la expresión “otras emergencias” tiene que definirse adecuadamente para evitar ambigüedades en su interpretación, p. 37.

¹²⁷ “Ley de Respuesta a los Desastres.”

profesionales de la salud y los propios reglamentos internos de los hospitales, todos ellos destinados a encauzar mejor la asistencia de salud en situaciones de emergencia¹²⁸.

En **Bélgica**, por otro lado, en un Decreto Real¹²⁹ se dispone que cuando la asistencia de salud en una provincia falta o es insuficiente, la comisión médica deberá, por iniciativa propia o a petición del gobernador provincial, solicitar que determinadas organizaciones o profesionales brinden servicios de asistencia de salud o complementen los existentes. Además, en caso de guerra u otra calamidad, las personas que de conformidad con la legislación nacional no son profesionales de la salud, pero han seguido una formación especial a tal efecto, podrán llevar a cabo ciertos procedimientos médicos, en particular cuando esos procedimientos se necesiten con urgencia y no haya a disposición suficientes profesionales acreditados. Completa estas disposiciones un acuerdo firmado en 2012 entre el Servicio Público Federal de Salud Pública y la Cruz Roja de Bélgica, por el cual se estipula que esta es responsable de proveer de servicios de respuesta rápida y proporcionar asistencia médica urgente¹³⁰. Además, cada año, el Servicio Público Federal de Salud Pública otorga a la Cruz Roja de Bélgica un subsidio en apoyo de los servicios que contribuyen a prestar atención médica urgente y para la organización de la asistencia psicológica en emergencias públicas y otras situaciones de peligro.

Las autoridades del Estado deben tomar medidas apropiadas para que las diferentes partes interesadas que prestan asistencia sanitaria de emergencia conozcan las funciones y responsabilidades de cada una a fin de que comprendan la organización de la respuesta de emergencia en toda su amplitud.

Otra cuestión que se planteó fue que los proveedores de asistencia de salud a menudo no conocen las funciones y responsabilidades de otras partes interesadas que prestan asistencia sanitaria de emergencia, lo que puede ocasionar confusión y retrasos en la prestación de asistencia de salud en situaciones de conflicto armado y otras emergencias. Si bien a veces la legislación puede estar repartida en diferentes leyes y reglamentos, es esencial que las autoridades del Estado tomen las medidas adecuadas para velar por que los proveedores de asistencia de salud tengan una comprensión exhaustiva de la organización de la respuesta de emergencia. Esto podría lograrse impartiendo a todas las partes interesadas que pueden intervenir en la respuesta de emergencia una formación especial que incluya ejercicios de simulación y/o la elaboración de manuales y guías para su trabajo.

Cada Estado debe contar con un plan de coordinación, en el que participen todas las partes interesadas, para organizar la respuesta de emergencia y la prestación de servicios de salud en tiempo de conflicto armado u otras emergencias.

Además de definir claramente las funciones y responsabilidades de las diferentes partes interesadas en la prestación de asistencia sanitaria de emergencia, los participantes hicieron hincapié en la necesidad de que cada país cuente con un plan nacional de coordinación para la respuesta de emergencia en tiempo de conflicto armado y otras emergencias, que puede incluir diversas medidas prácticas para garantizar la prestación eficaz de los servicios de salud a quienes los necesiten.

Muchos países ya cuentan con un plan de este tipo. En **Senegal**, las autoridades del Estado pueden poner en marcha un plan para la organización de los servicios de emergencia, denominado "Plan ORSEC"¹³¹, cuando se cumplen ciertas condiciones¹³².

Este plan determina las diferentes instituciones del Estado que participan en la respuesta de emergencia y prevé la creación de un mecanismo de coordinación, así como la designación de un responsable del seguimiento de la prestación de asistencia de salud en tales circunstancias. Coordina este plan el Ministerio del Interior. El derecho senegalés también prevé la requisición de los servicios del Estado en casos de peligro.

¹²⁸ Para más información, véase el estudio de país sobre **Perú** en el anexo 1.

¹²⁹ Decreto Real n.º 78 de 10 de noviembre de 1967 sobre el ejercicio de las profesiones de salud.

¹³⁰ El acuerdo establece que la Cruz Roja de Bélgica se encarga de poner a disposición, establecer y desplegar equipos móviles de intervención rápida para ayudar a organizar y poner en práctica la asistencia médica, sanitaria y psicológica en el caso de un desastre (servicios médicos y sanitarios, logística, personal).

¹³¹ "Organisation de la Réponse de Sécurité Civile" (ORSEC).

¹³² El plan ORSEC se aprobó por Decreto n.º 99-172 de 4 de marzo de 1999.

Asimismo, en **Sri Lanka**, el Consejo Nacional para la Gestión de Desastres, establecido por la Ley de gestión de desastres, se ocupa de los casos de desastre “natural” y los “ocasionados por el hombre”, como los conflictos armados. Este Consejo tiene la autoridad para designar a las partes interesadas (entre ellas los ministerios y otros organismos gubernamentales) que se encargan de ejecutar el plan nacional de gestión de desastres y el plan nacional de operaciones de emergencia, según el caso¹³³.

En **Argentina**, el Sistema Federal de Emergencias¹³⁴ define una respuesta nacional para complementar los esfuerzos de los gobiernos provinciales y municipales cuando sus capacidades se ven rebasadas¹³⁵. El comandante en jefe de las fuerzas armadas se encarga de coordinar las operaciones cuando el Ministerio de Defensa u otra autoridad del Estado autoriza el uso de las fuerzas armadas, incluso sus servicios médicos.

La legislación nacional siempre debe definir claramente la autoridad nacional que se encarga de coordinar la prestación de servicios de asistencia sanitaria de emergencia, ya sea que la respuesta de emergencia se ponga en marcha tras un plan de coordinación establecido con antelación o bien en aplicación de prerrogativas especiales que permiten a las autoridades del Estado tomar medidas especiales para garantizar la prestación de asistencia de salud en situaciones de emergencia.

RECOMENDACIÓN (5): SE DEBEN ADOPTAR MEDIDAS CONCRETAS DE CARÁCTER LEGISLATIVO Y DE CARÁCTER PRÁCTICO A FIN DE ATENDER ADECUADAMENTE A LAS NECESIDADES DE LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL EN LOS CONFLICTOS ARMADOS Y OTRAS EMERGENCIAS

Teniendo en cuenta que las víctimas de violencia sexual, y en especial de violación, necesitan una asistencia sanitaria integral de emergencia dentro de las 72 horas, para prevenir enfermedades, así como para tratar las heridas, es importante que las autoridades del Estado tomen medidas concretas para atender adecuadamente sus necesidades específicas.

Para atender a las víctimas de violencia sexual, el personal de salud debe tener una capacitación especial basada en un enfoque multidisciplinario, que incluya una formación social, psicológica y de comunicación.

Teniendo en cuenta las necesidades específicas de las víctimas de violencia sexual y la atención médica inmediata que precisan, los participantes subrayaron la importancia de formar al personal de salud sobre la manera de prestar atención médica y asistencia sanitaria adecuadas a las víctimas. Esta formación especial debe abarcar, entre otras cosas, las medidas que ha de tomar el personal de salud para prevenir la propagación de enfermedades transmisibles y preservar las pruebas de la violencia sexual padecida para su eventual uso en el procedimiento penal. Sin embargo, el personal de salud nunca debe utilizar estas pruebas sin el consentimiento de las víctimas¹³⁶. Se admitió en general que la formación especial del personal de salud para ayudar a las víctimas de violencia sexual debe basarse en un enfoque multidisciplinario que abarque aspectos sociales, psicológicos y de comunicación e incluir pautas sobre cómo abordar a las familias de las víctimas y comunicarse con las autoridades judiciales en determinados casos.

Desde una perspectiva más amplia, sería conveniente divulgar entre la población información sobre los servicios que hay a disposición de las víctimas de violencia sexual.

El personal de los centros de asistencia de salud debe contar al menos con una persona debidamente formada para atender a las víctimas de violencia sexual que necesitan asistencia inmediata.

Como no siempre hay expertos forenses a disposición y las víctimas de violencia sexual necesitan atención médica urgente, las instalaciones de salud deben garantizar la presencia continua de al menos

¹³³ Art. 21(1) de la Ley de gestión de desastres n.º 13 de Sri Lanka (2005).

¹³⁴ “Sistema Federal de Emergencias” (SIFEM).

¹³⁵ Decreto nacional 1250/99, Argentina.

¹³⁶ Para más información véase sección 4.2.3 sobre la confidencialidad médica.

un profesional de la salud debidamente capacitado para proporcionar a esas víctimas la atención médica que necesitan.

La legislación nacional debe contemplar las consecuencias de la violencia sexual para las mujeres, como el embarazo.

También es necesario tener en cuenta que la violencia sexual tiene consecuencias específicas para las mujeres, como el embarazo. Por lo tanto, será primordial examinar más a fondo y abordar la cuestión del aborto.

Más allá de la atención médica inmediata y de otros servicios de asistencia de salud que deben prestarse a las víctimas, es esencial adoptar una legislación apropiada para sancionar a los autores (para más información sobre las sanciones, véase sección 4.2.4).

RECOMENDACIÓN (6): CUANDO PROCEDA, SE DEBE INCLUIR LA MEDICINA TRADICIONAL EN EL ÁMBITO DE LA PROTECCIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE ASISTENCIA DE SALUD Y SE DEBEN TOMAR MEDIDAS PARA FACILITAR EL ACCESO DE LA POBLACIÓN EN GENERAL A ESTE TIPO DE MEDICINA

Algunos países, como Chile y Nepal, ya incluyen la medicina tradicional en el ámbito de las actividades de asistencia de salud protegidas.

Nepal, por ejemplo, ha elaborado un marco normativo nacional para la medicina ayurvédica. Según la Organización Mundial de la Salud, “[l]a política del Gobierno, basada en los planes quinquenales, implica un sistema de servicios integrados de salud en el que se practica la medicina alopática y ayurvédica. Los dispensarios ayurvédicos se consideran parte de los servicios básicos de salud, y hay una sección responsable de la medicina ayurvédica en la Oficina del Director General de los Servicios de Salud. Los programas de servicios de salud incluidos en el quinto plan quinquenal prevén cuatro hospitales ayurvédicos, uno en cada una de las cuatro regiones de desarrollo. La Unidad Farmacéutica Gubernamental Ayurvédica trabaja para proporcionar medicamentos de bajo costo”¹³⁷.

4.2.2. Segunda reunión: ¿cómo mejorar legalmente el uso adecuado de los signos distintivos, regulado por el derecho internacional, y de los demás signos utilizados para identificar las actividades de salud?

Debate

Los signos distintivos establecidos en los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales –para mostrar la protección específica de las personas y los bienes debidamente autorizados¹³⁸ a proporcionar atención médica y asistencia sanitaria a las personas afectadas por los conflictos armados y para identificar a las personas y los bienes vinculados con el Movimiento Internacional de la Cruz Roja Internacional y de la Media Luna– se han convertido en un símbolo de la asistencia humanitaria imparcial que se brinda a los que sufren. En el marco de este taller, el uso de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo a título protector e indicativo por el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios, se planteó, pues, como un aspecto fundamental de la protección de la asistencia de salud y el acceso a la misma en tiempo de conflicto armado y otras emergencias. Aunque muchos Estados han regulado el uso de los emblemas distintivos mediante la adopción de una legislación nacional adecuada, de conformidad con sus obligaciones derivadas de los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales, los participantes pusieron de relieve la necesidad en algunos contextos de una aplicación más eficaz a través de la adopción de normas nacionales más apropiadas. Tales normas deben abordar las siguientes cuestiones: la identificación y definición de los signos distintivos; la designación de la autoridad nacional competente para regular el uso de los signos

¹³⁷ Para más información, véase OMS, *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*, WHO, 2001, <http://apps.who.int/medicinedocs/pdf/h2943e/h2943e.pdf>.

¹³⁸ Para más información sobre las personas autorizadas a utilizar el emblema, véase sección 3.1.2 - B.

distintivos; la designación de las entidades autorizadas a usar los emblemas; y la determinación de los usos para los que se solicita el permiso¹³⁹.

Los participantes también expresaron su preocupación por la falta de respeto de los signos distintivos, percibida en los conflictos armados recientes. Algunos observaron que, en la guerra moderna, el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios protegidos son el blanco de grupos armados no solo por error o debido a la desconfianza, sino con el propósito de atacar y destruir todo lo que sea prestar asistencia sanitaria al enemigo y a la población civil, haciendo caso omiso de la imparcialidad asociada a la asistencia sanitaria y la atención médica. Por lo tanto, la mayoría de los participantes consideró que era una prioridad adoptar medidas adecuadas para reforzar el prestigio y el significado de los emblemas.

En el debate también se dejó en claro que no se podía pasar por alto el uso de emblemas distintos de los signos protegidos por los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales para señalar las actividades de asistencia de salud en algunos países. Por consiguiente, la reflexión acerca de las medidas adecuadas para mejorar la protección del personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios no puede limitarse únicamente a la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo. Por ejemplo, la estrella de la vida es conocida en todo el mundo como un símbolo de los servicios médicos de emergencia, mientras que la cruz blanca sobre fondo verde es un símbolo que se usa mucho para los primeros auxilios. Algunos países también han creado su propio emblema para identificar las actividades sanitarias en su territorio, como el emblema de la misión médica¹⁴⁰ en Colombia. Los participantes observaron que en determinados contextos, como en Colombia, la creación y adopción de un signo que no sea el de la cruz roja, la media luna roja o el cristal rojo podría mejorar la protección de las actividades de asistencia de salud y el respeto de los emblemas protegidos en virtud de los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales, reduciendo su uso abusivo o no autorizado.

Se hizo a los participantes las preguntas siguientes:

- ¿Cómo se autoriza y se regula el uso del emblema?
- ¿Qué tipo de mecanismos se deberían elaborar en el ámbito nacional para supervisar el uso de los emblemas?
- ¿Es necesario adoptar más medios de identificación, por ejemplo, otros emblemas?
- Colombia ha creado y adoptado, mediante la legislación nacional, su propio emblema de la misión médica (para situaciones de conflicto armado, así como para otras emergencias). ¿Se han adoptado esos otros medios de identificación en otras legislaciones nacionales? ¿Se debería extender esta práctica? Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo se puede evitar la confusión con el emblema de la cruz roja, la media luna roja o el cristal rojo?

Recomendaciones

RECOMENDACIÓN (7): GARANTIZAR A NIVEL NACIONAL UNA APLICACIÓN Y DIFUSIÓN MÁS EFICACES DE LA NORMATIVA POR LA QUE SE REGULA EL USO INDICATIVO Y PROTECTOR DE LOS EMBLEMAS DE LA CRUZ ROJA, DE LA MEDIA LUNA ROJA Y DEL CRISTAL ROJO

Al aplicar el derecho internacional por el que se protege el uso de los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo en el plano nacional, los Estados han de adoptar una legislación específica con miras a reforzar el prestigio y significado de los emblemas.

Los participantes dijeron tener la sensación de que falta respeto por los signos distintivos en determinados contextos y de que, a veces, la indiferencia es total hacia las actividades sanitarias identificadas por los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo en situaciones

¹³⁹ Para más información, véase la ficha técnica preparada por el Servicio de Asesoramiento del CICR, "La protección de los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo".

¹⁴⁰ Para más información sobre el emblema de la misión médica en Colombia, véase el recuadro en la p. 50.

de conflicto armado. Por lo tanto, consideraron que era necesario reafirmar el prestigio y el significado de los signos distintivos como símbolo visible de la protección conferida por el DIH al personal, las instalaciones y los medios de transporte sanitarios que proporcionan a los heridos y los enfermos la asistencia de salud imparcial. Muchos de los participantes opinaron que una legislación específica sobre el uso del emblema, en comparación con la legislación general (refiriéndose a la inclusión de disposiciones específicas sobre el uso de los emblemas en una ley de carácter más general), presenta la ventaja y el potencial de reafirmar la importancia del emblema y sensibilizar más sobre esta cuestión. Una vez más, es primordial tener en cuenta el ordenamiento jurídico de cada país¹⁴¹. Cabe señalar que, de conformidad con los Convenios de Ginebra, es obligatorio adoptar una legislación para la prevención y represión del uso indebido de los emblemas¹⁴².

La legislación nacional debería, ya en tiempo de paz, determinar las entidades autorizadas a utilizar los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo y designar a la autoridad nacional competente para regular su uso.

A fin de reducir el uso abusivo y no autorizado de los emblemas, observado en determinados contextos, los participantes reconocieron la necesidad de determinar con mayor claridad las entidades autorizadas a utilizar los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo, especialmente en relación con el uso para fines de protección en tiempo de conflicto armado¹⁴³. Si bien el uso de los emblemas por los servicios sanitarios de las fuerzas armadas debe ser regulado por la autoridad militar competente¹⁴⁴, probablemente el Ministerio de Defensa, hay más flexibilidad en cuanto a la autoridad del Estado que puede autorizar su uso por los hospitales civiles y por las unidades y los medios de transporte sanitarios¹⁴⁵ y por las unidades y los medios de transporte sanitarios¹⁴⁶. Por lo tanto, en la legislación nacional se debe designar a la autoridad nacional competente para autorizar y controlar el uso de los emblemas por el personal, las instalaciones y los medios de transporte sanitarios civiles, una función que podría desempeñar el Ministerio de Salud o incluso la Sociedad Nacional, cuando así lo faculte la ley.

La legislación nacional también debería determinar las entidades que tienen permiso para usar los emblemas a título indicativo¹⁴⁷, como las Sociedades Nacionales.

Los Estados han de tomar las medidas preventivas apropiadas para promover y mejorar el conocimiento sobre el uso adecuado de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo entre la población en general y garantizar la formación de las fuerzas armadas con el fin de evitar el uso indebido de los emblemas.

Los participantes subrayaron la importancia de promover entre la población en general el conocimiento sobre el significado de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo y sobre la importancia de respetar al personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios, así como a los heridos y los enfermos que están a su cargo. Hicieron hincapié en que esto debe hacerse en tiempo de paz como una medida preventiva. Las fuerzas armadas del Estado y, cuando proceda, los grupos armados no estatales deben recibir una formación específica en el uso adecuado de los emblemas en tiempo de conflicto armado y otras emergencias.

¹⁴¹ Para un ejemplo de ley y disposiciones tipo sobre el uso y la protección de los signos distintivos, véase Ley tipo relativa al uso y a la protección del emblema de la cruz roja o de la media luna roja, 1 de julio de 1996, artículo, *Revista Internacional de la Cruz Roja*, n.º 313. El texto de este modelo puede consultarse en línea, <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5tdlg5.htm>.

¹⁴² Art. 54, CG I.

¹⁴³ "A título protector, el emblema es la manifestación visible de la protección especial que garantiza el DIH (principalmente los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales) a ciertas categorías de personas, unidades y medios de transporte (en particular, al personal, los establecimientos y los medios de transporte sanitarios). En tal caso, para asegurar una visibilidad máxima, el emblema debe tener dimensiones grandes, en comparación con la persona o el objeto que lo ostenta, y no debe haber ninguna adición ni en el emblema ni en el fondo blanco. Cuando el emblema figura en algunos soportes como brazales o pintado en las techumbres de edificios, se trata siempre de un uso protector" (extracto de la publicación del CICR *Estudio sobre cuestiones operacionales, comerciales y no operacionales relativas al uso del emblema*, 2009, p.19).

¹⁴⁴ Art. 39, CC I, y su *Comentario*, p.308.

¹⁴⁵ Art. 18, párr. 3, CG IV.

¹⁴⁶ Art. 18(4), AP I.

¹⁴⁷ "A título indicativo, el emblema muestra el vínculo que la persona o el objeto que lo ostenta tiene con el Movimiento. En tal caso, el emblema debe tener dimensiones relativamente pequeñas en comparación con la persona o el objeto que lo ostenta" (extracto de la publicación del CICR *Estudio sobre cuestiones operacionales, comerciales y no operacionales relativas al uso del emblema*, 2009, p. 19).

Esta recomendación tiene por objeto hacer cumplir la obligación de los Estados de difundir tanto como sea posible en su propio país las normas del DIH, entre ellas las de proteger los emblemas tanto en tiempo de paz como de conflicto armado, de modo que puedan ser conocidas por las fuerzas armadas y la población civil¹⁴⁸.

Las Sociedades Nacionales pueden desempeñar un papel preponderante ayudando a las autoridades de su respectivo país a difundir las normas relativas al uso de los emblemas. Es el caso de muchos países como **Bélgica**, donde los Estatutos de la Sociedad Nacional imponen a la Cruz Roja de Bélgica la obligación de difundir el conocimiento de los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja¹⁴⁹, y el DIH, y **Serbia**, donde la ley sobre la Cruz Roja impone a la Sociedad Nacional la obligación de hacer respetar el DIH y hacer lo posible por prevenir los abusos e impartir educación a los ciudadanos sobre temas relacionados con el DIH¹⁵⁰.

La función de auxiliar de las Sociedades Nacionales en el ámbito humanitario

Las Sociedades Nacionales cumplen un papel importante en lo que respecta a garantizar en condiciones seguras la prestación de asistencia de salud y el acceso a esta en los conflictos armados y otras emergencias. Este cometido fue reafirmado en la resolución 5 de la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, por la que se “exhorta a las Sociedades Nacionales, al CICR y a la Federación Internacional a que sigan apoyando y fortaleciendo, en todo el mundo, la capacidad del personal y las instalaciones de atención de salud locales, y a que continúen prestando capacitación y formación para los profesionales de la salud y los voluntarios, mediante el desarrollo de instrumentos adecuados sobre los derechos y las obligaciones del personal de salud, así como sobre la protección y la seguridad de los servicios de asistencia de salud”¹⁵¹.

Más específicamente, las Sociedades Nacionales pueden desempeñar un papel preponderante en la difusión y formación en materia de normas relativas al uso de los emblemas. Según los Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja “[d]ifunden y ayudan al respectivo Gobierno a difundir el derecho internacional humanitario” y más concretamente “[c]olaboran asimismo con su Gobierno para hacer respetar el derecho internacional humanitario y para lograr la protección de los emblemas distintivos reconocidos en los Convenios de Ginebra y en sus Protocolos adicionales”¹⁵².

Las Sociedades Nacionales actúan como auxiliares de los poderes públicos en el ámbito humanitario¹⁵³. De conformidad con esta función y para cumplir su mandato, las Sociedades Nacionales han firmado diversos acuerdos a nivel nacional, que les permiten organizar la prestación de asistencia sanitaria en su país¹⁵⁴.

¹⁴⁸ Art. 47, CG I; art. 48, CG II; art. 127, CG III; art. 144, CG IV; art. 83, P I; art. 19, P II; art. 7, P III; normas 142 y 143, Estudio sobre el DIH consuetudinario. Para más información sobre la difusión, véase sección 4.

¹⁴⁹ Estatutos de la Cruz Roja de Bélgica, modificados el 13 de octubre de 2003, art. 4.

¹⁵⁰ Ley sobre la Cruz Roja de Serbia (2005), art. 2.

¹⁵¹ XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 2011, resolución 5, La asistencia de salud en peligro: respetar y proteger la asistencia de salud, 31IC/11/R5, párr. 8.

¹⁵² Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, aprobados por la XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja en Ginebra en 1986 y modificados en 1995 y 2006, sección II, art. 3.2.3.

¹⁵³ Ser auxiliares de los servicios públicos del Estado va más allá del papel de auxiliar establecido en el art. 26, CG I.

¹⁵⁴ Por ejemplo, la Cruz Roja de Bélgica firmó un acuerdo en 2012 con el Servicio Público Federal de Salud Pública, cuya finalidad fue desarrollar e implementar medios para proporcionar asistencia médica de urgencia. Para obtener más información, véase el estudio de país sobre Bélgica en el anexo 1.

RECOMENDACIÓN (8): REFORZAR LAS MEDIDAS DE CONTROL DEL USO DE LOS EMBLEMAS DE LA CRUZ ROJA, DE LA MEDIA LUNA ROJA Y DEL CRISTAL ROJO, ASÍ COMO LOS MECANISMOS DE REPRESIÓN CONTRA EL USO INDEBIDO DE LOS EMBLEMAS

Las medidas destinadas a reprimir el uso no autorizado o abusivo del emblema deben comprender no solo sanciones penales, sino también medidas administrativas y disciplinarias, y el uso indebido de los emblemas como la imitación y el uso inadecuado debe ser castigado severamente. El uso péfido de los emblemas constituye un crimen de guerra y debe ser reprimido como tal.

Dadas las graves consecuencias que ello tiene en el ámbito humanitario, los participantes destacaron que el uso abusivo y no autorizado del emblema no se sanciona de manera adecuada en la mayoría de los Estados, y que los mecanismos de represión deben incluir sanciones penales, así como medidas administrativas y disciplinarias aplicables en todas las circunstancias¹⁵⁵. En particular, se consideró que las medidas disciplinarias disuasorias, junto con sanciones penales, deben imponerse a los miembros de las fuerzas armadas que utilicen los signos distintivos para fines que no son los autorizados por los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales, tales como el uso de vehículos de los servicios sanitarios o instalaciones de salud señalados con el emblema para llevar u ocultar armas o soldados. En **Bélgica**, por ejemplo, el uso indebido de los emblemas distintivos se castiga con pena de prisión y/o con el pago de una multa, y la pena es más grave cuando el abuso se produce en tiempo de conflicto armado¹⁵⁶. En **Serbia**, el uso indebido del signo distintivo es sancionado con pena de prisión de hasta tres años, y por un mínimo de seis meses y un máximo de cinco años cuando este delito se comete en una situación de conflicto armado¹⁵⁷.

Se debe establecer un control a nivel nacional para el seguimiento y la represión del uso indebido del emblema.

Los participantes pusieron de relieve la necesidad de hacer el seguimiento del uso indebido del emblema y crear o fortalecer los mecanismos de supervisión para controlar el uso de los emblemas. Las autoridades militares podrían asumir esta responsabilidad, como es el caso en **Bélgica**, para el uso del emblema a título protector. El Ministerio de Salud también podría desempeñar un papel importante en lo que respecta a controlar el uso de los emblemas por los hospitales civiles y otras instalaciones y medios de transporte sanitarios, así como por el personal de salud.

Los Estados deben tomar medidas adecuadas para alentar a que se presenten informes sobre el uso indebido del emblema a las autoridades del Estado competentes y a que dichos casos se hagan públicos.

Se consideró que era primordial denunciar el uso indebido de los emblemas a fin de preservar su valor protector y garantizar que los posibles autores de actos de violencia contra la asistencia de salud los respeten. Por lo tanto, algunos participantes insistieron en la importancia de dar a conocer los resultados de los informes de violaciones de leyes o reglamentos relativos a los signos distintivos con objeto de aumentar su efecto disuasorio.

¹⁵⁵ Para más información sobre las sanciones, véase sección 4.2.4.

¹⁵⁶ La Ley belga del 4 de julio de 1956 por la que se protegen las denominaciones, los signos y los emblemas de la Cruz Roja (según la modificación de la ley de fecha 22 de noviembre de 2013) dispone que: "Art. 1 – Sin perjuicio de otras disposiciones penales, toda persona que, en violación de los convenios internacionales, utilice cualquiera de las denominaciones "cruz roja", "cruz de Ginebra", "media luna roja", "león y sol rojos", "emblema del Protocolo III", "cristal rojo", o cualquier signo o emblema correspondiente será castigada con pena de prisión de ocho días a tres años y con una multa de 26 a 3.000 francos, o con una pena u otra. La misma pena se aplicará a cualquier persona que utilice una denominación, signo o emblema que pueda confundirse con las denominaciones, signos o emblemas antes mencionados. Art. 2 – Cuando se cometan en tiempo de guerra, los delitos enunciados en el art. 1 serán castigados con pena de prisión de quince días a cinco años y con una multa de 50 a 5.000 francos, o con una pena u otra".

¹⁵⁷ Código Penal de la República de Serbia (según fue modificado en 2012), art. 385.

RECOMENDACIÓN (9): ES NECESARIO SEGUIR EXAMINANDO EL USO DE SIGNOS DISTINTOS DE LOS EMBLEMAS DE LA CRUZ ROJA, DE LA MEDIA LUNA ROJA O DEL CRISTAL ROJO PARA IDENTIFICAR LAS ACTIVIDADES DE ASISTENCIA DE SALUD, CONSIDERANDO CADA CONTEXTO Y SI EL USO DE ESOS SIGNOS MEJORARÍAN LA PROTECCIÓN DE LA ASISTENCIA DE SALUD

Teniendo en cuenta la necesidad de evitar la proliferación de emblemas, la creación y/o el uso de signos distintos de los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo para identificar las actividades de asistencia de salud debe responder a la necesidad de una mayor protección de la prestación de asistencia de salud en un contexto determinado.

Si bien la prestación de asistencia sanitaria y el acceso a los servicios de salud para los heridos y los enfermos deben ser respetados y protegidos de los ataques y otras injerencias violentas en todas las circunstancias, el personal, las instalaciones y los medios de transporte sanitarios también sufren incidentes violentos en situaciones que no alcanzan el umbral de un conflicto armado. Dado que en la mayoría de los casos, los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo se pueden utilizar a título protector solo en tiempos de conflicto armado¹⁵⁸, quedó entendido que el debate sobre los signos utilizados para identificar las actividades de salud protegidas tenía que ampliarse para incluir los signos existentes, o los signos que estaban por crearse, distintos de los que están protegidos por los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales. Por consiguiente, se aclaró que el debate no tenía por objeto crear nuevos emblemas que reemplazaran los ya existentes o se añadieran a estos, sino más bien evaluar cómo el uso de los emblemas que no son los de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo para identificar las actividades de salud protegidas en todas las circunstancias, incluyendo las que no alcanzan al umbral de un conflicto armado, podría contribuir a reforzar la protección de la prestación de asistencia de salud en los conflictos armados y otras emergencias.

Aunque el posible uso de signos que no son los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo se contempló sobre todo con la perspectiva de determinar las actividades de salud protegidas en situaciones que no alcanzan el umbral de un conflicto armado, se hizo hincapié en que las autoridades del Estado podrían autorizar su uso en los conflictos armados cuando quepa suponer que ello mejoraría la protección del personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios (por ejemplo, en situaciones en que el beligerante percibe una confusión entre el personal sanitario civil y el militar o en que hay un número creciente de casos de uso abusivo de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo por los beligerantes). Sin embargo, sea como sea, los participantes señalaron que los signos que no son los emblemas protegidos por el DIH no deben ser utilizados en detrimento del prestigio y el significado de los emblemas distintivos.

Aunque en general los participantes se mostraron reacios a aceptar la creación de nuevos signos para identificar las actividades de asistencia de salud, la mayoría de ellos reconoció que el uso de signos distintos de los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo podía contribuir a evitar el uso abusivo o no autorizado de los emblemas en situaciones de conflicto armado o de otras emergencias en determinados contextos, por ejemplo, en los conflictos asimétricos. Sin embargo, los participantes llegaron a la conclusión de que el uso o la creación de otros signos debe responder a una necesidad real en relación con un contexto específico y contribuir a proteger mejor la prestación de servicios de salud, como en el caso de Colombia, que creó un emblema adicional para la misión médica¹⁵⁹.

¹⁵⁸ Aunque los servicios sanitarios de las fuerzas armadas, y las Sociedades Nacionales a las que ya se les han asignado tareas médicas en los conflictos armados, pueden utilizar el emblema protector también en situaciones que no son un conflicto armado cuando lo hacen con el consentimiento de las autoridades nacionales competentes. El CICR y la Federación Internacional pueden utilizar el emblema a título protector en todo momento y sin ninguna otra restricción. (Para más información, véase sección 3.1.2 - B). A ese respecto, en el *Estudio sobre cuestiones operacionales, comerciales y no operacionales relativas al uso del emblema* se recomienda que los socorristas (y las instalaciones) de las Sociedades Nacionales utilicen un emblema indicativo más grande en situaciones de disturbios y tensiones interiores si (a) ello puede mejorar la asistencia médica que prestan a las víctimas de la violencia, y (b) si así lo autoriza, o por lo menos no lo prohíbe, el marco normativo nacional. Cabe observar que el CICR y la Federación Internacional pueden usar el emblema, incluso a título protector, en todo tiempo y sin restricción alguna. rictions.

¹⁵⁹ Para más información sobre el emblema de la misión médica en Colombia, véase recuadro en la p. 50.

Si se han de utilizar signos distintos de los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo para identificar las actividades de asistencia de salud, estos deben ser establecidos y regulados por las autoridades del Estado y es primordial que se haga una clara distinción con los signos distintivos cuyo uso se rige por el derecho internacional, a fin de evitar toda confusión.

Los participantes resaltaron que para ser eficaz y evitar toda confusión es indispensable que no haya demasiados signos distintivos en el mismo país y se debe evitar en la mayor medida posible la proliferación de nuevos signos. Los participantes estuvieron totalmente de acuerdo en que la competencia para crear y autorizar el uso de signos que no son los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo debe recaer en las autoridades del Estado y en que la creación y el uso de signos por los proveedores de asistencia de salud en su territorio distintos de los emblemas protegidos por el DIH deben regirse por la legislación nacional. En dicha legislación se debería determinar y definir claramente el signo elegido, las entidades autorizadas a utilizarlo, los usos para los que esté autorizado y la autoridad nacional competente para regular su uso. En **Colombia**, por ejemplo, el uso del emblema para la misión médica está sujeto a la autorización del Ministerio de Salud y Protección Social.

La adopción de un emblema adicional para identificar las actividades de asistencia de salud debe ir acompañada de una amplia difusión y educación sobre su propósito y uso.

Teniendo en cuenta las observaciones anteriores, los participantes opinaron que, cuando las autoridades del Estado deciden adoptar signos distintos de los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo para identificar las actividades de asistencia de salud, también deben tener un plan concreto para difundir y ampliar el conocimiento de todas las partes interesadas y de la población en general acerca del propósito y las condiciones de uso de este signo adicional, señalando claramente las diferencias entre este y los emblemas que confieren una protección especial de conformidad con el DIH. También se hizo notar que era primordial prestar particular atención a que los que utilizan los signos distintivos adicionales respeten la imparcialidad, por ejemplo, mediante la adopción de directrices en relación con sus funciones y responsabilidades.

Habría que estudiar más a fondo el posible uso de nuevas tecnologías para identificar a los proveedores de asistencia de salud (por ejemplo, GPS, códigos de barras) y otros medios de identificación de las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios (por ejemplo, los colores reflectantes).

Algunos participantes sugirieron que, cuando se contemple la posibilidad de crear signos adicionales para identificar las actividades sanitarias protegidas, las autoridades del Estado estudien la forma de utilizar otros medios para que se respete más los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja o del cristal rojo. Se mencionó el posible uso de nuevas tecnologías, como GPS y códigos de barras para localizar e identificar a los proveedores de asistencia de salud, así como otras formas de identificar las instalaciones y los vehículos sanitarios, como los colores reflectantes.

El emblema de la misión médica en Colombia en respuesta a determinadas circunstancias



El signo para proteger la misión médica en Colombia fue creado en 2002, en parte para hacer frente a los numerosos incidentes violentos ocurridos contra las actividades sanitarias en circunstancias particulares y a la proliferación de emblemas utilizados en el contexto de disturbios internos que no alcanzaban el umbral de un conflicto armado de conformidad con el DIH. La finalidad del emblema es garantizar el respeto y la protección de la misión médica en los conflictos armados y otras emergencias¹⁶⁰. Su objetivo es consolidar la garantía de que se proporcionará asistencia de salud a las personas más vulnerables en situaciones de conflicto armado, desastre natural u otras emergencias; también tiene por objeto garantizar, proteger y facilitar la prestación de servicios de salud por personal sanitario civil e instalaciones de salud privadas o públicas civiles y medios de transporte sanitarios en general¹⁶¹.

Algunos símbolos conocidos



El signo de Médicos sin Fronteras



La estrella de la vida es en todo el mundo un símbolo de servicios médicos de emergencia



Los emblemas del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja



Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja



CICR

El Comité Internacional de la Cruz Roja



Un símbolo muy utilizado para los primeros auxilios



La Asociación Nacional de Protección Civil es uno de los principales proveedores de servicios prehospitalarios en México y otros países de América Latina, así como en otras partes del mundo. También desempeña un papel importante en la intervención en casos de desastre. En México, se encarga de coordinar todas las actividades relacionadas con la respuesta a los desastres.

¹⁶⁰ Véase el estudio de país sobre Colombia en el anexo 1.

¹⁶¹ Colombia, Ministerio de Salud, Resoluciones 1020 de 2002 y 441 de 2012. Para más detalles véase el estudio de país sobre Colombia en el anexo 1.

4.2.3. Tercera reunión: ¿cómo otorgar una protección jurídica a la ética y la confidencialidad médicas en los conflictos armados y otras emergencias?

Debate

Se planteó que la ética médica era un componente esencial para proteger la prestación de asistencia de salud y el acceso a esta. Los debates en los grupos de trabajo se centraron en los principios de la ética médica, las obligaciones éticas del personal de salud, los derechos de los pacientes, la protección de la confidencialidad médica y otros temas delicados, tales como la revelación de información personal y relativa a la salud del paciente y la solución a problemas éticos. Los participantes dieron a conocer también la reglamentación vigente en sus países relativa a la protección de la confidencialidad médica y las excepciones a esta, y expresaron su opinión sobre las excepciones específicas en la legislación nacional relativas a la revelación de información en los conflictos armados y otras emergencias.

Los participantes coincidieron en que las obligaciones éticas del personal de salud, como la de tratar a los heridos y los enfermos con humanidad, prestarles asistencia imparcial, es decir, sin discriminación alguna, y abstenerse de tomar parte en cualquier acto hostil o de plantear una amenaza inmediata a la vida o la integridad física de los demás¹⁶², son las mismas en tiempo de paz y en tiempo de conflicto armado y otras emergencias¹⁶³. Los participantes también destacaron la importancia de que el personal de salud cumpla sus tareas sin ningún tipo de injerencia y se centre exclusivamente en su deber de brindar asistencia de salud a las personas necesitadas. Expresaron asimismo su preocupación de que en algunos países se haya procesado a médicos por el solo hecho de atender a los miembros de grupos no estatales armados u opositores políticos, como ha ocurrido recientemente en **Colombia**, observando que dichas leyes no solo pueden inducir al personal de salud a no prestar asistencia a la población en tiempo de conflicto armado y otras emergencias, sino también impedir que los heridos y los enfermos tengan acceso a las instalaciones y los servicios de salud¹⁶⁴.

La protección de la confidencialidad de los datos médicos, entendiéndose que es el carácter confidencial de la información médica de un paciente y de los datos personales obtenidos por el personal de salud en el ejercicio de sus funciones, fue un tema de debate importante. Planteada no solo como un privilegio y una obligación ética del personal de salud, sino también como un derecho del paciente, la confidencialidad médica se definió como un principio universal y vinculante de la ética médica y la regla general en la prestación de servicios de salud. Los participantes hicieron hincapié en que la confidencialidad de los datos médicos debe estar debidamente protegida por la legislación nacional y que las excepciones por las que se autoriza, llegado el caso, la revelación de la información médica de los pacientes y de sus datos personales a las autoridades debe ser de carácter excepcional y estrictamente limitado a los casos definidos en la legislación nacional, teniendo en cuenta que las excepciones a la confidencialidad médica pueden restringir el acceso a los servicios de salud para los heridos y los enfermos. Los participantes expresaron su especial preocupación por el efecto de la legislación en algunos países donde se exige al personal sanitario que dé cuenta a las autoridades de determinados hechos, como las heridas de bala, ya que temen que esto pueda impedir a los heridos y los enfermos tener acceso a los centros de salud y buscar la atención médica que necesitan por temor a ser perseguidos penalmente.

¹⁶² Estas obligaciones se prevén en las Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia, así como en la publicación del CICR de 2012, en el marco de su proyecto Asistencia de salud en peligro: *Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias*.

¹⁶³ Aunque algunos participantes señalaron ciertas diferencias en el cumplimiento de las obligaciones éticas en situaciones de emergencia: por ejemplo, en **Brasil**, la ley ofrece al médico la posibilidad de negarse a atender un paciente cuando ello está en contra de su conciencia, excepto en tiempo de emergencia.

¹⁶⁴ El Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental formuló observaciones similares, en el informe presentado al Sexagésimo octavo período de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 9 de agosto de 2013, p. 8: "Los Estados pueden promulgar leyes que impongan al personal de salud la obligación de denunciar a las personas que presuntamente hayan cometido un delito. Sin embargo, algunos Estados han elaborado leyes y políticas que limitan o castigan la prestación de atención médica a las personas que manifiestan su oposición al Estado, por ejemplo, los participantes en manifestaciones políticas y los grupos armados no estatales. Las leyes que castigan todo apoyo a terroristas u otros opositores del Estado también pueden aplicarse de manera inapropiada a la prestación de atención médica. En consecuencia, se ha detenido, acusado y condenado a médicos y otros miembros del personal de salud por haber cumplido con imparcialidad su deber profesional. Tales leyes pueden inducir al personal de salud a no prestar servicios en situaciones de conflicto por miedo a ser procesados, con el consiguiente efecto inhibitorio en los proveedores de atención sanitaria".

A fin de ayudar al personal de salud a resolver dilemas de índole ética, particularmente cuando estos se plantean en circunstancias de estrés, como los conflictos armados y otras emergencias, los participantes sugirieron encarecidamente que se les impartiera formación específica en ética médica.

En resumen, los debates dieron lugar a tres recomendaciones principales relativas a la legislación nacional sobre los deberes éticos, la protección de la confidencialidad de los datos médicos y las excepciones a dicha norma, y la formación específica para el personal de salud en la resolución de dilemas éticos.

Se plantearon a los participantes las siguientes preguntas:

- ¿Cómo se definen en la legislación nacional los cometidos y la responsabilidad de las diversas partes interesadas que participan en la intervención de emergencia?
- Habida cuenta de que en la mayoría de los países no se especifica el ámbito de aplicación de la legislación aplicable, ¿serían aplicables también en los conflictos armados y otras emergencias los principios que rigen la protección de la confidencialidad de los datos médicos en tiempo de paz?
- ¿Hay, o debería haber, excepciones en la legislación nacional vigente sobre la ética médica y la confidencialidad de los datos médicos relativas a la revelación de información durante los conflictos armados y otras emergencias?
- ¿Cómo debería considerar el personal de salud sus deberes éticos relativos a la confidencialidad respecto de las obligaciones jurídicas por las que se requiere la revelación de cierto tipo de información con las que pueden tropezar durante la realización de sus actividades de índole exclusivamente médica en conflictos armados y otras emergencias?

La Asociación Médica Mundial y la promoción de los principios universales de la ética médica

La Asociación Médica Mundial (AMM) es una organización internacional de médicos integrada por 106 asociaciones médicas nacionales. Fundada en 1947, con sede en Ferney-Voltaire, Francia, la finalidad de la AMM es garantizar la independencia de los médicos y promover las más elevadas normas de conducta ética y atención médica por parte de los médicos en todo momento. Para la realización de este objetivo, la AMM ha aprobado varias declaraciones, resoluciones y declaraciones de política globales, mediante las cuales provee orientación ética para los médicos, las asociaciones médicas nacionales y los Gobiernos acerca de un abanico de cuestiones éticas, entre las cuales el profesionalismo médico, los derechos del paciente, la asistencia en favor de los heridos y los enfermos en tiempo de conflicto armado, la investigación en sujetos humanos y la salud pública. Además, la AMM sirve de centro de documentación para sus miembros en materia de ética y coopera con instituciones académicas y organizaciones mundiales relacionadas con asuntos de ética, así como con expertos individuales en el ámbito de la ética médica.

- En la **Declaración de Ginebra** (1948, revisada en 2006) y en el **Código Internacional de Ética Médica** (1949, revisado en 2006) se refrenda la obligación del médico de actuar en el interés superior de la salud del paciente y de prestar asistencia de salud de manera completamente independiente, imparcial y no discriminatoria, así como de respetar el derecho del paciente a la confidencialidad.
- En la **Declaración de Lisboa** (1985) sobre los derechos del paciente se refrenda específicamente el derecho a la confidencialidad de los datos médicos.
- En el **Manual de Ética Médica** (2005) se explican las principales características de la ética médica y se proporciona orientación para que los médicos las apliquen a las relaciones con pacientes, la sociedad y los colegas.
- En las **Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia** (1956) se provee un código de conducta sobre los deberes que los médicos han de observar en esas circunstancias.

El 26 de junio de 2013, la AMM y el **CICR** firmaron un **memorando de acuerdo**, a fin de aunar las fuerzas en un esfuerzo de envergadura mundial para combatir la violencia contra los pacientes y el personal de salud¹⁶⁵.

¹⁶⁵ También hay códigos de ética profesional para otros profesionales de la salud, entre ellos, enfermeros, farmacéuticos, etc.

Recomendaciones

RECOMENDACIÓN (10): GARANTIZAR LA CLARIDAD Y LA COHERENCIA DE LA LEGISLACIÓN NACIONAL SOBRE LOS DEBERES ÉTICOS QUE SE APLICAN AL PERSONAL DE SALUD

Los derechos y las responsabilidades del personal de salud deberían definirse claramente en la legislación nacional; por ejemplo, en las leyes por las que se rige el acceso a las profesiones de asistencia de salud o en los códigos de ética aprobados por asociaciones profesionales.

En la mayoría de los países, el personal de salud realiza su labor bajo la supervisión y el control de asociaciones profesionales, a las cuales se otorga mediante la ley la facultad de reglamentar su acceso a la profesión y su práctica profesional, incluidas las sanciones en caso de faltas. Así pues, los deberes éticos que se aplican a este personal se promulgan con mucha frecuencia en leyes específicas por las que se fundan dichas asociaciones médicas o en manuales de códigos de ética aprobados por dichas asociaciones profesionales en los que se definen sus funciones y responsabilidades. Los participantes pusieron de relieve que una clara definición de los derechos y responsabilidades del personal de salud por la respectiva asociación profesional, incluidos sus deberes éticos, era una medida esencial para garantizar la protección eficaz de la ética médica y la confidencialidad de los datos médicos.

Con esta finalidad, los participantes consideraron útil que se reafirmaran –a nivel internacional– los principios universalmente reconocidos de la ética médica, que han de ser coherentes en todos los reglamentos y aplicables en todas las circunstancias.

Hay diferentes maneras de incorporar una definición de los derechos y responsabilidades del personal de salud en la legislación nacional. Por ejemplo, **Colombia** ha aprobado un manual específico aplicable a su misión médica.

Colombia – El Manual de Misión Médica¹⁶⁶

En 2012, el **Ministerio de Salud y Protección Social** aprobó el Manual de Misión Médica mediante la resolución 4481, que fue el resultado de un esfuerzo conjunto de la delegación del CICR en Bogotá, en particular el Departamento de Salud, la Cruz Roja Colombiana, el Ministerio del Interior, de Justicia y del Derecho y otras instituciones gubernamentales. **La finalidad del Manual es fortalecer el respeto y la protección de la misión médica y es aplicable tanto en situación de conflicto armado como en “otras situaciones de violencia”.** En este Manual se exponen, entre otras cosas:

- los derechos y las responsabilidades del personal de salud;
- los actos que constituyen violaciones que afectan a la misión médica;
- el establecimiento y el uso del emblema de la misión médica;
- las recomendaciones para la seguridad del personal sanitario;
- los formatos para solicitar autorización para el uso del emblema, las gestiones para solicitar una tarjeta de identidad e informar acerca de las violaciones o los incidentes en relación con la misión médica.

En el Manual también se incluyen el reglamento de la AMM relativo a los conflictos armados.

Los Estados deberían garantizar la coherencia y la congruencia de otra legislación nacional aplicable al personal de salud, incluidas las leyes en lo penal, con sus deberes éticos, y proteger adecuadamente la independencia y la imparcialidad de la asistencia de salud.

Una cosa es promulgar leyes por las que se protege la ética médica y otra, garantizar su eficacia en la práctica. Con esta finalidad, los Estados deberían garantizar la coherencia y la congruencia de otras

¹⁶⁶ Manual de Misión Médica, Ministerio de Salud y Protección Social, febrero de 2013.

leyes nacionales que versen sobre los derechos y las responsabilidades del personal de salud. En particular, los Estados no deben tipificar como delito la prestación de asistencia de salud en favor de algunas personas, como los miembros de partes de la oposición en un conflicto, miembros de grupos armados no estatales o migrantes irregulares, dado que esto contradice la obligación y el deber ético del personal de salud de prestar asistencia imparcial a los heridos y los enfermos sin distinción desfavorable alguna. Dicha tipificación como delito también viola la obligación que incumbe al personal de salud de prestar asistencia de salud a los heridos y enfermos sin discriminación, de conformidad con el derecho internacional humanitario (DIH) y el derecho internacional de los derechos humanos.

Los participantes subrayaron que, puesto que los principios universales de ética médica, independencia e imparcialidad de la asistencia de salud deberían protegerse adecuadamente en la legislación nacional, las autoridades del Estado deberían tomar las pertinentes medidas para velar por que el personal de salud pudiera ejercer su profesión sin sufrir presiones indebidas para que diese una injustificada prioridad de tratamiento (que no se basara en criterios médicos) en favor de ciertas personas o tener miedo a afrontar un juicio penal porque, de conformidad con sus deberes éticos, prestó asistencia de salud imparcial en favor de algunas personas en el ejercicio de su profesión.

La 10ª Asamblea Médica Mundial aprobó en 1956 las **Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado**¹⁶⁷, cuya última revisión data de 2012. En dichas regulaciones se disponen directrices generales como un código de conducta que han de observar los médicos en su labor en todas las circunstancias. Reiterando que la ética médica es idéntica en tiempo de conflicto armado y en tiempo de paz, en el Código de Conducta se establecen los deberes de los médicos, que **en todas las circunstancias**:

- no deben participar en ningún acto de hostilidad;
- deben prestar asistencia eficaz e imparcial a los heridos y los enfermos (sin referencia a ninguna discriminación injusta, incluso si son “enemigos”);
- deben instar a las autoridades a reconocer sus obligaciones dimanantes del derecho internacional humanitario y otras ramas pertinentes del derecho internacional respecto de la protección del personal y las instalaciones de asistencia de salud en los conflictos armados y otras situaciones de violencia;
- deben saber que tienen la obligación jurídica de informar a las autoridades del brote de cualquier enfermedad o trauma que se deba notificar.

RECOMENDACIÓN (11): REAFIRMAR LA NECESIDAD DE PROTEGER LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS MÉDICOS COMO UN PRINCIPIO FUNDAMENTAL DE LA ÉTICA DE LA ASISTENCIA DE SALUD EN TODAS LAS CIRCUNSTANCIAS (TANTO EN TIEMPO DE PAZ COMO EN LOS CONFLICTOS ARMADOS Y OTRAS SITUACIONES DE EMERGENCIA); LAS EXCEPCIONES A LA CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS MÉDICOS DEBE LIMITARSE Y CIRCUNSCRIBIRSE ESTRICTAMENTE EN LA LEGISLACIÓN NACIONAL

Trazar un planteamiento de la confidencialidad de los datos médicos como un derecho del paciente y no un sencillo privilegio y deber ético del personal de salud.

Habida cuenta de que la protección de la confidencialidad de los datos médicos redundante tanto en interés de los enfermos heridos como del personal de salud, los participantes declararon que en la legislación nacional debería enfocarse no solo como un privilegio y un deber ético del personal de salud, sino también como un derecho del paciente. Esto implica que la confidencialidad de los datos médicos también debería definirse y proteger en la legislación nacional sobre los derechos del paciente.

¹⁶⁷ Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia.

El reglamento **belga** sobre los derechos del paciente¹⁶⁸ es un ejemplo de la inclusión de la ética médica en la legislación relativa a otros derechos del paciente, como el consentimiento del paciente, la protección de la privacidad y el derecho a la información y el acceso a la historia clínica.

Las excepciones a la confidencialidad de los datos médicos pueden variar de un Estado a otro y ser específicas a un contexto, pero, en cualquier caso, deben limitarse y circunscribirse estrictamente a la legislación nacional en todas las circunstancias.

En tanto que reconocieron la índole universal de la confidencialidad de los datos médicos como un principio fundamental de la ética médica, por lo general, los participantes convinieron en que era inevitable que hubiera excepciones. Por ejemplo, se pueden hacer excepciones por razones de seguridad y de salud pública, pero estas deben limitarse y definirse y circunscribirse estrictamente a la legislación nacional¹⁶⁹. Se consideró que aunque las excepciones son propias de cada contexto particular, el principio rector es alcanzar un equilibrio adecuado entre los derechos de la persona y el interés de la salud pública y la seguridad. En la legislación nacional se deben definir las excepciones en términos exactos y deben identificarse claramente las circunstancias en las que se aplican, y se debe evitar la formulación difusa y general que podría dar lugar a una interpretación amplia por parte de los jueces o administradores que deciden acerca de solicitudes de ordenanzas de revelación de datos, y originar abusos. Asimismo, aunque los instrumentos internacionales son claros respecto de la obligación de informar acerca del brote de enfermedades contagiosas o traumas que pueden constituir un peligro "internacional" para la salud pública (por ejemplo, una epidemia de cólera), se recomendó que la noción de peligro internacional en la legislación nacional se circunscribiera de tal manera que se evitara una indebida interpretación de las obligaciones respecto de las autoridades del Estado por lo que atañe a revelar determinada información relativa a la salud.

Además, dada la diversidad de casos que puede haber, y para evitar la definición de todas las excepciones a la confidencialidad de los datos médicos en la legislación nacional, algunos participantes también sugirieron que se otorgara a las autoridades reguladoras la competencia de evaluar el equilibrio entre los derechos de la persona y el interés de la salud y seguridad públicas sobre la base de principios rectores generales que habrían de definirse en la legislación médica de manera que se evitara la formulación general. En resumen, las excepciones no deben estar sujetas a una consideración discrecional en la medida en que cabría la probabilidad de hacer que el principio de la confidencialidad de los datos médicos carezca básicamente de sentido.

Por lo general, los participantes convinieron en que las excepciones a la confidencialidad de los datos médicos deberían incluir la denuncia a las autoridades del Estado acerca de signos visibles de violencia contra menores o personas que no tienen la capacidad de dar un consentimiento informado, los cuales el personal médico haya observado que se ejerce respecto de pacientes, durante la realización de su labor. Este aspecto debería ser un deber, y no solo una opción, para el personal de salud. Sin embargo, antes de hacer una denuncia, el personal de salud debería tener en cuenta el interés del paciente, por ejemplo, los riesgos de represalias contra la víctima por parte de la comunidad o de la familia, que puede revestir mayor importancia en algunos contextos, y el personal debe usar su juicio y discreción sobre el particular.

Pero, cuando un paciente, víctima de violencia, es adulto y capaz de dar un consentimiento informado, el personal de salud debe cumplir con su obligación relativa a la confidencialidad de los datos médicos y limitarse a proporcionar información sobre cómo buscar ayuda cuando existen tales servicios (por ejemplo, organizaciones que prestan apoyo psicológico o asesoramiento jurídico a las víctimas de la violencia; refugios para mujeres).

Los más de los participantes coincidieron en que la confidencialidad de los datos médicos debía protegerse en todas las circunstancias y que no debería haber excepciones específicas aplicables en

¹⁶⁸ Ley del 22 de agosto de 2002 sobre los derechos del paciente (Bélgica).

¹⁶⁹ Cabe notar que en el DIH se dispone que las personas que realizan actividades médicas no pueden ser obligadas a proporcionar información, siempre que en la ley no se establezca su obligación de hacerlo, acerca de los heridos y los enfermos a los que prestan o han prestado asistencia. Véanse arts. 16 del PI y 10 del P II.

tiempos de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. En muchos marcos nacionales, como los vigentes en **Bélgica, México, Cuba, Colombia y Venezuela**, no se distingue entre el tiempo de paz y los tiempos de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. Por lo demás, **España** tiene legislación específica por la que se rige la confidencialidad de los datos médicos en tiempo de conflicto armado.

Además, a nivel internacional, las Regulaciones de la AMM en Tiempo de Conflicto Armado¹⁷⁰ estipulan que los médicos deberían, en la mayor medida posible, denunciar la tortura o tratos crueles, inhumanos o degradantes que los médicos conozcan cuando sea posible con el consentimiento del paciente, o sin el consentimiento explícito cuando la víctima carezca la posibilidad de expresarse con libertad.

Cuando haya la obligación jurídica de revelar información sobre el paciente que está protegida bajo la confidencialidad de los datos médicos, el personal de salud debería tomar todas las precauciones necesarias para proteger otra información personal y de salud relativa al paciente y solo ha de revelar la información estrictamente exigida.

Cuando existe la obligación jurídica de revelar información médica relativa a un paciente, por ejemplo, bajo una ordenanza judicial, el personal de salud no ha de descuidar su obligación de confidencialidad con el paciente y debería revelar únicamente la información estrictamente exigida. En cualquier caso, el testimonio del personal de salud ante un tribunal debería limitarse a su ámbito de competencia, es decir, la descripción de las heridas que han observado en el paciente.

El personal de salud debe cumplir otras obligaciones jurídicas de revelar la información de índole médica, como la comunicación obligatoria de algunas enfermedades por razones de salud pública o la comunicación de algunos tipos de heridas (por ejemplo, heridas por bala), de manera que garantice, en la mayor medida posible, la confidencialidad de la información médica y datos personales del paciente. Por ejemplo, la obligación de informar sobre algunas enfermedades para prevenir pandemias no debe obligar al personal de salud a revelar el nombre del paciente. En **Colombia**, las heridas por bala se comunican a las autoridades de tal manera que no se revela el origen de la herida.

La revelación por el personal de salud de información personal y relativa a la salud de los pacientes sin su consentimiento, cuando no hay obligación jurídica de hacerlo, debería constituir una violación del deber profesional dimanante del código de ética y debe estar sujeta a medidas administrativas o disciplinarias.

Los participantes convinieron en que el personal de salud que revelase involuntaria o intencionalmente información sobre el paciente a terceros, sin el consentimiento del paciente y sin estar bajo la obligación jurídica de hacerlo, debería ser sancionado por la respectiva asociación profesional. En algunas reglamentaciones nacionales, como en **Bélgica**, se va aún más allá, puesto que la violación de la confidencialidad de los datos médicos (referida como “confidencialidad profesional”) es punible bajo el código penal con ocho días a seis meses de encarcelamiento y una multa de 100 a 500 euros¹⁷¹. La revelación de información médica confidencial también es un delito penal, según el artículo 221 del Código Penal de **Nigeria**, y es punible con dos meses a un año de encarcelamiento y mediante una multa de 10.000 a 200.000 nairas¹⁷².

¹⁷⁰ Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia.

¹⁷¹ En el art. 458 del Código Penal se prohíbe cualquier violación de dicha confidencialidad, salvo cuando el médico es citado para atestiguar ante un tribunal o ante una comisión parlamentaria de investigación, o cuando el médico está sujeto a una obligación jurídica de revelar la información que conoce.

¹⁷² Art. 221 del Código Penal de Nigeria, de 2003 (enmendado en 2008).

RECOMENDACIÓN (12): GARANTIZAR LA FORMACIÓN APROPIADA PARA EL PERSONAL DE SALUD Y APLICAR Y RESPETAR SUS DEBERES ÉTICOS, PARTICULARMENTE PARA RESOLVER DILEMAS CUANDO HAY OBLIGACIONES JURÍDICAS DE REVELAR LA INFORMACIÓN PERSONAL Y DE SALUD DE LOS PACIENTES

Se debería proporcionar al personal de salud formación especial para resolver dilemas cuando las obligaciones jurídicas de revelar información sobre el paciente son contradictorias a sus deberes éticos, tanto en tiempo de paz como en conflictos armados y otras emergencias, por ejemplo, mediante ejercicios de simulación.

A veces, el personal de salud afronta presiones externas para que revele información sobre el paciente, incluidas las derivadas de las obligaciones jurídicas nacionales, las cuales contradicen su deber ético relativo a la confidencialidad de los datos médicos. Estos tipos de dilemas pueden plantearse en todo tiempo, pero en circunstancias de estrés como los conflictos armados y otras emergencias, hay probabilidad de que los miembros del personal de salud estén abrumados y tengan menos tiempo para reflexionar sobre la debida conducta que han de adoptar de conformidad con sus deberes éticos. A fin de ayudar al personal de salud a actuar ante dichas presiones, de manera que se garantice la protección de la información relativa al paciente, los participantes recomendaron encarecidamente que recibieran formación integral. En dicha formación se debería incluir no solo el conocimiento de sus deberes éticos, sino también orientación práctica sobre la aplicación de los deberes en casuística de situaciones reales; esta formación debería formar parte de su formación vocacional.

También se alienta a las autoridades del Estado y las asociaciones de personal de salud nacionales a que presten orientación a sus miembros mediante publicaciones como directrices prácticas o manuales, como se ha hecho en **Colombia**, mediante el Manual de Misión Médica¹⁷³ y en **Côte d'Ivoire**, mediante el Libro blanco sobre los derechos y responsabilidades de los médicos respecto de los actos de violencia en tiempos de crisis y de conflicto armado¹⁷⁴. Sobre este particular, se pueden referir a trabajos como el documento de referencia para el proyecto de Asistencia de Salud en Peligro, sobre las responsabilidades del personal de salud que trabaja en situaciones de conflicto armado y otras emergencias¹⁷⁵, publicación del CICR destinada al personal de salud a fin de que adapte sus métodos de trabajo a las exigencias que se plantean en el conflicto armado y en otras emergencias. También se sugirió que se impartiera formación con ejercicios de simulación, con miras a apoyar al personal de salud en el desarrollo de sus respuestas en tales situaciones particulares.

Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley (policía, fiscales) deberían recibir una formación adecuada sobre los deberes éticos del personal de salud.

Para complementar la formación del personal de salud, los participantes pusieron de relieve que los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, como policías y fiscales, deberían recibir información pertinente sobre los deberes éticos del personal de salud y la importancia que reviste el respeto de la confidencialidad de los datos médicos en todas las circunstancias. Se recomendó encarecidamente que, como medida preventiva, el personal de salud mantenga un diálogo con los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, acerca de los problemas que se plantean en los conflictos armados y en otras emergencias en relación con los deberes éticos, y en particular con la obligación de preservar la confidencialidad de la información obtenida sobre los pacientes durante la realización de su labor. A fin de que surta efectos positivos en la interacción entre el personal de salud y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, este diálogo debería llevarse a cabo en tiempo de paz.

¹⁷³ Para más información sobre el Manual de Misión Médica colombiano, véase el recuadro de la p. 53.

¹⁷⁴ Para más información sobre el Libro blanco de Côte d'Ivoire sobre los derechos y responsabilidades de los médicos respecto de los actos de violencia en tiempos de crisis y de conflicto armado, véase el recuadro de la p. 59.

¹⁷⁵ Para más información sobre la publicación de referencia del CICR sobre la Asistencia de salud en peligro relativa a las responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias, véase el recuadro de la p. 58.

Se deberían tomar las medidas apropiadas para gestionar las interacciones del personal de salud con los medios de comunicación, especialmente en situaciones de emergencia, con objeto de proteger mejor la confidencialidad de los datos médicos. Los medios de comunicación también deberían conocer los deberes éticos del personal de salud, y el respeto de la confidencialidad de los datos médicos debería refrendarse en su código ético.

Muchos participantes señalaron especialmente que la interacción con los medios de comunicación, especialmente en condiciones de estrés como los conflictos armados y otras emergencias, presenta riesgos potenciales para la confidencialidad de los datos médicos. Los participantes sugirieron que las asociaciones personales aprobaran reglamentos o directrices específicas sobre el particular para orientar al personal de salud en tales situaciones. Una medida práctica sugerida por los participantes era la designación de un miembro del personal de salud de cada equipo de trabajo como persona de referencia para todas las interacciones con los medios de comunicación, en tanto que se prohíbe a los demás miembros del personal de salud la interacción con dichos medios. Además, las autoridades del Estado o asociaciones de profesionales de los medios de comunicación, como los periodistas, deberían tomar medidas específicas para mejorar el conocimiento de los medios de comunicación sobre los deberes éticos del personal de salud, y el respeto de la obligación del personal de salud de preservar la confidencialidad de los datos médicos debería refrendarse como un deber ético en el código ético de las asociaciones de los medios de comunicación. En los planes de coordinación preventivos para la organización de la intervención de emergencia, también se deberían incluir directrices para la interacción del personal de salud con los medios de comunicación.

Las responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias es una publicación del CICR destinada a ayudar al personal de salud a

adaptar sus métodos de trabajo a las exigencias que se plantean en los conflictos armados y en otras emergencias¹⁷⁶. Aunque no pretende proporcionar respuestas exactas o definitivas a varios dilemas éticos que se pueden plantear al personal de salud en tales circunstancias, esta publicación tiene la finalidad de orientar a ese personal y dar lugar a una reflexión sobre asuntos relacionados con sus obligaciones éticas.

La publicación presta asesoramiento práctico en varios temas, entre ellos:

- los derechos y las responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias y las fuentes de dichas responsabilidades dimanantes del derecho internacional humanitario, los derechos humanos y la ética médica;
- normas de la práctica;
- compilación de datos y testimonios de violaciones del DIH
- comunicación de las historias clínicas y revelación de información de datos médicos;
- interacción con los medios de comunicación.

Puede descargarse o hacerse un pedido en:

<https://www.icrc.org/spa/assets/files/publications/icrc-002-4104.pdf>

¹⁷⁶ CICR, Asistencia de salud en peligro – Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias, CICR, mayo de 2013.

Côte d'Ivoire – Libro blanco sobre los derechos y responsabilidades de los médicos respecto de los actos de violencia en tiempos de crisis y de conflicto armado¹⁷⁷

En 2013, la Asociación Nacional de Médicos de Côte d'Ivoire aprobó un "libro blanco" en el que se resumen las funciones y las responsabilidades del personal de salud cuando presencia actos de violencia en situaciones de crisis o de conflicto armado. El documento es el resultado de un estudio conjunto elaborado con el CICR y la Asociación Médica. La primera parte del documento versa sobre los actos de violencia que ocurren durante el ejercicio de la profesión de médico en tiempo de paz, en tanto que la segunda trata acerca de los actos de violencia cometidos en periodos de crisis y de conflicto armado. Basándose en la función de la comunidad de asistencia de salud para dar lugar a un entorno propicio al respeto de la ética médica y haciendo mejoras en la seguridad para la prestación de la asistencia de salud, la finalidad de este documento es contribuir a la preparación y la formación del personal de salud para que actúe adecuadamente en situaciones de inseguridad, habida cuenta de que dicho personal debe respetar los principios de la ética médica en todas las circunstancias.

En el documento se incluye una Declaración de la AMM sobre la Violencia en el sector de la Salud de parte de los Pacientes y sus Cercanos, las Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia, así como el Código Internacional de Ética Médica, de la AMM. **También contiene** testimonios de médicos que han sido víctimas de actos de violencia en el ejercicio de su labor en tiempo de paz y en tiempo de conflicto armado.

4.2.4. Cuarta reunión: ¿cómo reprimir y sancionar eficazmente las violaciones de las normas por las que se protege la prestación de asistencia de salud?

Debate

En cualquier consideración del desarrollo de los marcos jurídicos nacionales para la protección de la prestación de asistencia de salud, no se debe subestimar la importancia que reviste para las autoridades del Estado el hecho de tomar las apropiadas medidas para reprimir las violaciones de las normas por las que se protege la prestación de la asistencia de salud y sancionar a los autores de violaciones. Durante el taller, los principales temas de debate incluyeron la índole de las sanciones, el alcance y los medios de su aplicación, la especificidad de las sanciones y los tipos de conducta que deberían castigarse. En el debate también se trató acerca de las medidas que han de tomarse para mejorar la eficacia de las sanciones y para garantizar que tienen una función preventiva. Por lo tanto, se analizaron las sanciones no solo por lo que atañe a su función disuasiva que garantiza el castigo y la rendición de cuentas de los autores de violaciones, sino también por lo que respecta a su función preventiva para evitar la repetición de la violencia contra la prestación de asistencia de salud. Se exploraron diferentes posibilidades para mejorar la adhesión a las normas por las que se protege la prestación de asistencia de salud.

En la deliberación relativa a los diversos medios de sancionar las violaciones de las normas por las que se protege la prestación de asistencia de salud, los participantes examinaron detenidamente las ventajas y desventajas de los diferentes tipos de sanción disponibles en la respectiva legislación nacional (penal, administrativa y disciplinaria). Por lo general, los participantes insistieron en la importancia que reviste el hecho de castigar más severamente algunas categorías de autores de violaciones, mediante la imposición de sanciones disciplinarias para los miembros de las fuerzas armadas, funcionarios y personal de salud hallados culpables de violaciones de las normas por las que se protege la prestación de la asistencia de salud. También se opinó que los ataques deliberados contra la prestación de asistencia de salud deberían sancionarse con severidad y habían de considerarse un agravante en la determinación de la sanción que se impondría al autor de una violación.

¹⁷⁷ "Droits et devoirs des médecins face à des actes de violence en période de crise et de conflits armés", Ordre National des Médecins de Côte d'Ivoire, 1ª edición, 2014.

En el debate también se destacó la necesidad de que legislación nacional fuera más allá de los Convenios de Ginebra, tanto en términos de situaciones que abarca como de la conducta que se tipifica como delito. Como se menciona en la sección anterior, los Estados Partes en los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales deben prevenir y reprimir los actos que contravienen dichos instrumentos y deben tener más obligaciones relativas a algunas violaciones graves del DIH que se cometen en conflictos armados internacionales, denominadas “infracciones graves”, que deben tipificar como delito en la respectiva legislación nacional y a cuyos autores deben buscar y juzgar. Dado que gran parte de la violencia cometida contra la prestación de asistencia de salud en los conflictos armados modernos no son necesariamente crímenes de guerra, y habida cuenta de que tal violencia también puede ocurrir en situaciones que no alcanzan el umbral del conflicto armado, los participantes consideraron que la incorporación de crímenes de guerra y otros crímenes internacionales en la legislación nacional no bastaba para reprimir eficazmente los crímenes cometidos contra la prestación de asistencia de salud. Por ende, los participantes llegaron a la conclusión de que todos los tipos de injerencia indebida en la prestación de asistencia de salud debían reprimirse y sancionarse en la legislación nacional, independientemente de las circunstancias en las que se cometían.

La deficiencia en el sistema judicial y el no respeto de las garantías judiciales se identificaron como obstáculos a la eficacia de las sanciones en algunos contextos, y los participantes señalaron con insistencia la necesidad de que las autoridades del Estado den con maneras adecuadas, teniendo en cuenta los recursos de que disponen, para hacer respetar la legislación nacional por la que se protege la prestación de asistencia de salud y para prevenir que se repita la violencia contra la prestación de la asistencia de salud.

Se plantearon las siguientes preguntas a los participantes:

- ¿Qué tipos de sanción se deberían considerar en el marco normativo nacional para reprimir las violaciones cometidas contra el personal, las instalaciones y los medios de transporte sanitarios?
- ¿Cuál debería ser el alcance de dichas sanciones para proteger eficazmente la prestación de asistencia de salud en situaciones de conflicto armado y en otras emergencias?
- ¿Qué ventajas y desventajas entrañan los diferentes tipos de sanción?

Recomendaciones

Recomendación (13): LOS DIFERENTES TIPOS DE SANCIONES (PENAL, ADMINISTRATIVA, DISCIPLINARIA) DE QUE SE DISPONE EN EL DERECHO NACIONAL PARA CASTIGAR LAS VIOLACIONES DE LAS NORMAS POR LAS QUE SE PROTEGE LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA DE SALUD DEBERÍAN ESTAR SUJETOS A UN ENFOQUE GRADUAL Y COMBINABLE SEGÚN LA GRAVEDAD DE LA VIOLACIÓN COMETIDA

Además de las sanciones penales, a los autores de violaciones de las normas por las que se protege la asistencia de salud se les debería aplicar sanciones administrativas y disciplinarias, según sus títulos o funciones, y estas sanciones deberían ser combinables.

El debate sobre los tipos de sanciones que deberían considerarse en la ley nacional para reprimir las violaciones cometidas contra la prestación de la asistencia de salud reveló la importancia que reviste la aprobación, en paralelo con las sanciones penales o como complemento de estas, de sanciones administrativas y disciplinarias que se apliquen a ciertas categorías de autores, según su función o estatuto. Por ejemplo, se observó que los funcionarios, el personal de salud y los miembros de las fuerzas armadas que, durante el ejercicio de su labor, habían cometido violaciones contra el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios, o contra los heridos y los enfermos, deberían estar sometidos a medidas disciplinarias específicas, incluidas, pero no limitadas a estas, el pago de una multa, la degradación o la suspensión de sus funciones o, en caso de violaciones más graves, la expulsión de la respectiva asociación profesional o del ejército.

Los participantes declararon que tales sanciones, en los casos en que son aplicables, suelen tener un mayor efecto disuasivo en los autores de violaciones que las sanciones penales, especialmente a causa de sus efectos y consecuencias inmediatas. Además, la perspectiva de estar sometidos a juicio por una comunidad de pares aumenta la eficacia de las sanciones disciplinarias en los miembros de las fuerzas armadas o de asociaciones de profesionales. En cambio, las sanciones penales pueden requerir años para hacerse efectivas, habida cuenta de la observancia de estrictos y, a veces, complejos procedimientos y garantías judiciales y a una mayor carga de la prueba. Los participantes añadieron que en algunos países en los que el sistema judicial es corrupto o ineficaz, las sanciones penales pueden tener incluso un menor efecto disuasivo.

Tampoco se puede subestimar la importancia que revisten las sanciones penales como base para la represión y garantía para la imputación de la responsabilidad penal de los autores de las violaciones. Los participantes observaron que, a pesar de requerirse mayor tiempo para que terminen, los juicios penales civiles son procesos más abiertos y transparentes que los procedimientos militares y tienen la ventaja de ofrecer una base para la extradición, siempre que proceda. Además, su índole pública y el hecho de que a veces son objeto de la atención de los medios de comunicación refuerzan el efecto disuasivo de las sanciones penales en toda la población en general.

Así pues, la sanción o las sanciones aplicables en caso de una violación dada dependerán del estatuto del autor de la violación, y los participantes pusieron de relieve que las sanciones penales, administrativas y disciplinarias deben ser combinables. Por ejemplo, en **Bélgica**, el uso indebido del emblema está sujeto a sanciones penales según la ley del 4 de julio de 1956 por la que se protegen las denominaciones, los signos y los emblemas de la Cruz Roja, pero cuando lo cometen las fuerzas armadas también está sujeto a medidas disciplinarias, ya que podrían considerarse una violación de una obligación que incumbe a los militares bajo la legislación o los reglamentos aplicables a las fuerzas armadas¹⁷⁸.

Las sanciones penales, administrativas y disciplinarias dispuestas en la legislación nacional deberían de ser graduales, a fin de garantizar que la pena es proporcional a la gravedad de la violación cometida, teniendo en cuenta las circunstancias agravantes o atenuantes. Los ataques deliberados contra la asistencia de salud deberían considerarse un agravante.

Las violaciones de las normas por las que se protege la prestación de asistencia de salud pueden asumir varias formas y algunas, por supuesto, pueden implicar consecuencias más graves que otras. A fin de velar por una sanción adecuada para los autores de violaciones, los participantes expresaron claramente que las sanciones, incluidas las de índole penal, administrativa y disciplinaria, deben estar sometidas a un enfoque gradual, según la gravedad del delito cometido. Esto se puede medir, entre otros factores, por las consecuencias del delito o las circunstancias en las que se cometió. También se observó que en la legislación nacional se debería permitir que los jueces considerasen tanto las circunstancias atenuantes como las agravantes, a fin de determinar el nivel apropiado de sanciones que se ha de imponer al autor de la violación. Por lo tanto, se arguyó que los ataques deliberados cuyo blanco es la prestación de asistencia de salud deberían sancionarse con más severidad que los ataques que ocurren, por ejemplo, a raíz de una falta en la toma de todas las medidas de precaución para evitar el daño al personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitario. Esto se puede realizar mediante la tipificación de un delito específico en la legislación nacional o, cuando se juzga a individuos bajo la legislación penal general (por ejemplo, disposiciones generales del código penal nacional), mediante el examen de la índole deliberada de la violación que se comete contra la prestación de asistencia de salud como una circunstancia agravante.

La violencia ejercida contra la prestación de salud que es una infracción grave de los Convenios de Ginebra debe reprimirse como tal en aplicación del régimen pertinente. Cuando aún no hay dicho régimen, este debe establecerse en la legislación nacional y debe abarcar tanto la responsabilidad individual como la de los superiores.

¹⁷⁸ Ley del 14 de enero de 1975 por las que se establece el código disciplinario aplicable a las fuerzas armadas.

Incumbe a los Estados cumplir obligaciones específicas respecto de la represión de las infracciones graves de los Convenios de Ginebra. Los Estados Partes en los Convenios de Ginebra y su Protocolo adicional I deben procurar la búsqueda y el enjuiciamiento de las personas acusadas de haber cometido u ordenado cometer infracciones graves, o proceder a su extradición con miras a hacerlas comparecer en juicio en otro Estado. Por ende, entre otras medidas, deben promulgar legislación nacional por la cual se prohíban y castiguen las infracciones graves¹⁷⁹, sea mediante la aprobación de una nueva ley o mediante la modificación de leyes vigentes¹⁸⁰. En las deliberaciones también se puso de relieve la importancia que reviste la sanción tanto de la responsabilidad directa como de la responsabilidad de los superiores por omisión¹⁸¹.

RECOMENDACIÓN (14): LA LEGISLACIÓN NACIONAL DEBERÍA IR MÁS ALLÁ DE LOS CONVENIOS DE GINEBRA EN MATERIA DE REPRESIÓN PENAL, RESPECTO DE LAS DOS SITUACIONES CUBIERTAS Y LA CONDUCTA TIPIFICADA COMO DELITO

En la legislación nacional se deberían sancionar todos los tipos de injerencia indebida en la prestación de asistencia de salud en los conflictos armados, incluidas las amenazas contra el personal de salud y otros obstáculos injustificados a la prestación de servicios de asistencia de salud.

Los participantes insistieron en el hecho de que las amenazas contra el personal de salud y otros tipos de injerencia en la prestación de asistencia de salud deberían considerarse tan seriamente como los ataques y, por lo tanto, deberían tipificarse como delito y sancionarse en la legislación nacional. Como se mencionó más arriba, se requiere que los Estados promulguen la legislación necesaria para disponer sanciones penales eficaces para castigar a las personas que cometen u ordenan cometer “infracciones graves”, que se determinan en términos precisos y definidos y corresponden a las violaciones más graves de los Convenios de Ginebra. Sin embargo, dado que las amenazas contra la asistencia de salud, en particular, aparentemente constituyen una parte considerable de la violencia que se comete contra las actividades de asistencia de salud¹⁸² y que pueden tener consecuencias para la prestación de asistencia de salud, en igual medida que los ataques graves causan heridas físicas o daños materiales en un conflicto armado, se consideró esencial la necesidad de castigar tales actos, así como otros tipos de injerencia en la prestación de asistencia de salud, para la represión eficaz de la violencia contra la prestación de la asistencia de salud. Así pues, se consideró necesario que en la legislación nacional se abarcaran los ataques y otros tipos de injerencia en la prestación de asistencia de salud que no están cubiertos en los Convenios de Ginebra.

En la legislación nacional también se debería sancionar todo tipo de injerencia indebida en la prestación de asistencia de salud en situaciones que no llegan a ser conflictos armados.

En tanto que los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales se aplican estrictamente en situaciones de conflicto armado, su aplicación en la legislación nacional no es suficiente para reprimir muchos de los actos de violencia que se ejercen contra la prestación de asistencia de salud en varios contextos. Por lo tanto, muchos participantes consideraron que la legislación nacional necesita ir más allá y aplicarse no solo en conflictos armados, sino también en otras situaciones de emergencia¹⁸³.

Antes de aprobar una legislación específica para tipificar ciertas violaciones de las reglas por las que se protege la prestación de asistencia de salud, los Estados deberían determinar si estas ya están cubiertas en la respectiva legislación penal general, y se debería prestar especial atención al hecho de guardar la coherencia del marco normativo, así como la predictibilidad de las sanciones.

¹⁷⁹ Para más información sobre la represión de las infracciones graves, consúltese la ficha técnica elaborada por el Servicio de Asesoramiento del CICR, Represión penal – El castigo de los crímenes de guerra.

¹⁸⁰ Para más información sobre las diferentes maneras de incorporar los crímenes de guerra y otros crímenes internacionales en la ley nacional, consúltese la ficha técnica elaborada por el Servicio de Asesoramiento del CICR, Técnica de incorporación de la sanción en la legislación penal y, accesoriamente, el informe de la Tercera Reunión Universal de Comisiones Nacionales de Aplicación del Derecho Internacional Humanitario “Preventing and repressing international crimes: Towards an ‘integrated’ approach based on domestic practice” – Report of the Third Universal Meeting of National Committees for the Implementation of International Humanitarian Law – Volume 1, Section 5, “Incorporation of international humanitarian law (repressive aspects) into domestic legislation,” pp. 29-41.

¹⁸¹ Véanse normas 151-153, Estudio de DIH Consuetudinario. Para más información, consúltese la ficha técnica elaborada por el Servicio de asesoramiento del CICR, Omisión y responsabilidad de los superiores.

¹⁸² Véase el informe del CICR “Violent incidents affecting the delivery of health care – January 2012 to December 2013”, 2014, p. 5.

¹⁸³ Como se menciona en la sección 4.2.1., cada Estado ha de definir la expresión “otras emergencias” en la respectiva legislación nacional.

El debate relativo al ámbito de aplicación y las situaciones que se abarcan en la legislación nacional dio lugar a deliberaciones sobre la especificidad de las sanciones respecto de la represión de la violencia contra la prestación de la asistencia de salud. Dicho de otro modo, los participantes debatieron sobre si en la legislación nacional debería haber disposiciones sobre sanciones específicas para algunos actos de violencia contra la prestación de asistencia de salud, o si la legislación penal general debería aplicarse a dichos actos, y si debería considerarse un agravante los ataques deliberados contra la prestación de asistencia de salud. Aunque no se llegó a una conclusión común sobre este particular, en parte a causa de la diversidad de los sistemas jurídicos nacionales, los participantes convinieron en la importancia de preservar la coherencia del marco jurídico nacional y de evitar la dispersión de la legislación en demasiados marcos jurídicos. Algunos participantes sugirieron que se consideraran prioritariamente las medidas para mejorar la aplicación del marco jurídico nacional vigente y los mecanismos de las sanciones respecto de la aprobación de legislación específica; otros expresaron que era conveniente aprobar sanciones específicas para reprimir delitos cometidos contra la prestación de asistencia de salud, siempre que tuviera la suficiente amplitud para abarcar una variedad de incidentes fácticos. En el debate salió a la luz que muchos países, como **Brasil, Chile y Perú**, no tienen legislación específica para sancionar la violencia contra la asistencia de salud, la cual se abarca en la legislación penal general.

RECOMENDACIÓN (15): LAS AUTORIDADES DEL ESTADO DEBERÍAN TOMAR LAS MEDIDAS APROPIADAS PARA VELAR POR QUE LAS SANCIONES SE APLIQUEN EFICAZMENTE Y POR QUE DESEMPEÑEN SU FUNCIÓN DE PREVENCIÓN

Se ha de velar por un mejor conocimiento por parte de la población en general y especialmente por parte de los posibles autores de violaciones acerca de las sanciones aplicables a las violaciones de las normas por las que se protege la prestación de asistencia de salud.

Se entendió que, además de castigar a los autores de las violaciones por su comportamiento ilícito, las sanciones deberían surtir un efecto disuasivo y tener la finalidad de prevenir las violaciones. Por lo tanto, una de las principales medidas señaladas por los participantes para mejorar la adhesión a las normas por las que se protege la prestación de asistencia de salud era garantizar que la población en general, y en especial los posibles autores de violaciones, supieran acerca de las sanciones aplicables en caso de violaciones de dichas normas. La información sobre los diferentes tipos de sanciones y sus modalidades de aplicación deberían comunicarse a cuantos desempeñan, o están directamente afectados, un papel en la aplicación de las normas por las que se protege la prestación de asistencia de salud, en especial las fuerzas armadas del Estado, las fuerzas de seguridad del Estado, el personal de salud, los funcionarios públicos y, siempre que proceda y sea factible, los grupos armados no estatales. El conocimiento acerca de las sanciones debería incluirse en la formación militar o profesional, así como en los manuales o las directrices militares para los miembros de las fuerzas armadas, el personal de salud o los funcionarios civiles, cuando hay dichos manuales o directrices. Por lo demás, se consideró importante dar a conocer públicamente las sanciones y condenas, a fin de que la población en general quede informada sobre las consecuencias de los actos ilícitos contra la prestación de asistencia de salud.

Se ha de fortalecer el marco institucional vigente para controlar el cumplimiento de las normas, por ejemplo, otorgando a las autoridades administrativas o a organismos de supervisión especializados la facultad de denunciar los actos ilícitos ante las autoridades competentes para realizar investigaciones o imponer sanciones.

Los participantes pusieron de relieve que las autoridades del Estado deberían tomar medidas adecuadas para seguir de cerca el cumplimiento de las normas por las que se protege la asistencia de salud, por ejemplo, el uso correcto del emblema y otros signos empleados para señalar el personal y las instalaciones de salud, así como los medios de transporte sanitario protegidos. Una de las medidas sugeridas era que se otorgara a las autoridades administrativas o a organismos de supervisión especializados facultades de investigación y la capacidad para denunciar los actos ilícitos ante las autoridades estatales competentes para llevar a cabo investigaciones o imponer sanciones, para que, de ese modo, se velara por que las violaciones se denunciasen ante los organismos pertinentes y que

los autores de la violación fuesen sancionados eficazmente. Dichos organismos deberían estar autorizados para recibir información externa sobre el comportamiento ilícito contra la prestación de la asistencia de salud que se haya observado y para denunciar las presuntas violaciones a las autoridades estatales. Sin embargo, se debe prestar especial atención para evitar la superposición de competencias con otros organismos nacionales que ya tienen la facultad para seguir de cerca el cumplimiento de las normas por ciertas categorías de personas, como las asociaciones profesionales, según sus títulos y funciones, así como los competentes en materia de la realización de investigaciones relativas a delitos penales o administrativos¹⁸⁴.

También se consideró importante alentar la presentación de denuncias de violaciones de las normas de protección de la asistencia de salud, mediante un procedimiento de denuncias que fuese seguro y accesible a las víctimas.

Se ha de garantizar la integridad y la independencia del Sistema judicial y el respeto de las garantías judiciales en relación con los procedimientos penales (por ejemplo, juicio justo, derechos de la defensa, presunción de inocencia), así como la transparencia de las autoridades administrativas facultadas para sancionar a los autores de las violaciones de las normas por las que se protege la prestación de la asistencia de salud.

Los participantes observaron que la eficacia de las sanciones penales también estribaba en su aplicación, la cual, a su vez, estaba intrínsecamente vinculada con la conformidad del sistema judicial en materia de los fundamentales principios jurídicos y garantías judiciales de la justicia penal. Incumbe a los Estados obligaciones específicas por lo que atañe a las salvaguardias jurídicas mínimas aplicables a las personas acusadas de graves violaciones de cualquiera de los cuatro Convenios de Ginebra o del Protocolo adicional I¹⁸⁵. Sobre este particular, el hecho de privar a las personas protegidas de un juicio imparcial y legítimo constituye una grave violación según el III y el IV Convenio de Ginebra¹⁸⁶. Por lo que atañe a las violaciones cometidas en relación con los conflictos armados no internacionales, en el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra, se prohíben las ejecuciones efectuadas en violación de “las garantías judiciales reconocidas como indispensables” y, más específicamente, las condenas dictadas y las ejecuciones sin previo juicio ante un tribunal legítimamente constituido¹⁸⁷. Muchas de estas garantías y salvaguardas judiciales son ya parte de la legislación nacional de los Estados Partes en los Convenios de Ginebra, sea en los respectivos códigos del procedimiento penal, de reglas de prueba, sea en la Constitución, y corresponden en grandes líneas a las que se disponen en los instrumentos del derecho de los derechos humanos¹⁸⁸. Por ejemplo, era claro para los participantes que el derecho del acusado a ser juzgado por un tribunal independiente e imparcial y sin dilaciones indebidas, el derecho de defensa y la presunción de inocencia constituían salvaguardas mínimas que deberían garantizarse en el curso de diligencias penales en todas las circunstancias. Se entiende que las autoridades administrativas que tienen las competencias para sancionar también deben observar las garantías judiciales mínimas, como el trato equitativo e imparcial.

Los Estados deberían hacer todo lo posible, según los recursos de que disponen, a fin de mejorar su capacidad para hacer cumplir las sanciones dispuestas en la ley.

Los participantes observaron que el mayor problema que muchos Estados afrontaban en la aplicación de sus obligaciones jurídicas internacionales no se planteaba tanto en el ámbito de la incorporación de las mismas en el respectivo marco jurídico nacional, sino en el de la aplicación eficaz de las normas y el del respeto debido de dichas normas. Dicho de otro modo, la aplicación misma de sanciones existentes constituye el principal problema con el que tropiezan los Estados que afrontan un conflicto armado u otras situaciones de emergencia, y particularmente los Estados en desarrollo que disponen de escasos recursos y tienen muchas otras prioridades programáticas. Se señaló que la falta de recursos

¹⁸⁴ Consúltese la sección 3.1.2 - C.

¹⁸⁵ Art. 49, CG I; art. 50, CG II; art. 129, CG III; art. 146, CG IV. Además, el art. 75 del P I contiene una lista de garantías que se otorgan a las personas en virtud de esos tratados y a las personas acusadas de haber cometido crímenes de guerra.

¹⁸⁶ Art. 130, CG III; art. 147, CG IV.

¹⁸⁷ Asimismo, en el P II se dispone, respecto de las infracciones cometidas en relación con un conflicto armado no internacional, que no se impondrá condena ni se ejecutará pena alguna sino en virtud de una sentencia previamente dictada por un tribunal que ofrezca las garantías esenciales de independencia e imparcialidad. Además, enumera las garantías judiciales que deben respetarse (art. 6).

¹⁸⁸ Declaración Universal de Derechos Humanos (arts. 9-11) y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (art. 14).

y de voluntad política eran obstáculos comunes a la aplicación eficaz de las normas en muchos contextos. Sin embargo, de conformidad con sus obligaciones dimanantes del derecho internacional, los Estados deberían hacer cuanto sea posible para tener la capacidad para hacer cumplir las sanciones que se disponen en el derecho. Por lo que respecta a la aplicación del DIH, se alienta a los Estados a aprobar un enfoque pragmático y realista, que consiste en buscar maneras para prevenir la comisión de delitos, teniendo en cuenta los recursos disponibles¹⁸⁹.

¹⁸⁹ Para más información, consúltese la ficha técnica del Servicio de Asesoramiento del CICR, “Elementos y modalidades para incrementar la eficacia de las sanciones”, 2008.



5. OBSERVACIONES FINALES

El taller de Bruselas se basó en un número de *comprobaciones y supuestos* que, por lo general, adoptaron los participantes. Esas conclusiones y supuestos merecen ser objeto de recapitulación en las conclusiones del presente informe.

- 1) La violencia ejercida contra pacientes y personal e instalaciones de salud, así como los medios de transporte sanitario plantea un problema de índole humanitaria cuyas consecuencias tienen un amplio alcance. En tanto que es evidente que esta violencia puede ejercerse de muchas formas diferentes, aún se requiere de mayores datos sobre el alcance del problema en todos los niveles: nacional, regional e internacional. Se alienta a las autoridades nacionales a contribuir a la base fáctica sobre el problema de la violencia contra la prestación de asistencia de salud, mediante la puesta en marcha de mecanismos, en caso de que no los haya, para recopilar información sobre incidentes violentos contra el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitario, a fin de trazar estrategias sobre cómo afrontar este problema.
- 2) El personal de salud es a la vez testigo y víctima de varias graves amenazas ante las cuales debe actuar, sea mediante el cambio de los patrones de trabajo o, a veces, abandonando su labor. Aunque algunas amenazas no siempre afectan directamente la integridad física del personal de salud, estas pueden dar lugar a que se prive a toda una población de los servicios de salud.
- 3) Los ataques directos y los incidentes violentos no son las únicas amenazas a la prestación de asistencia de salud. En el discurso de algunos dirigentes políticos y militares, ha surgido una retórica, en la cual se impugna el consenso humanitario básico, refrendado en los Convenios de Ginebra, según el cual los heridos y los enfermos deben recibir un trato imparcial y oportuno. La idea de que la asistencia de salud debería prestarse prioritariamente a algunos sectores de la población en detrimento de otros, o que se puede privar de la asistencia de salud a las personas por el hecho de que han tomado las armas, es contraria no solo al DIH, sino también a la obligación ética fundamental de todos los profesionales de la salud.
- 4) Incluso en la violencia armada, en el fragor de una guerra o durante un disturbio violento, debería de seguir siendo posible garantizar que los heridos y los enfermos obtengan un acceso oportuno a la asistencia de salud. Por supuesto, no hay una solución única para mejorar la prestación en condiciones seguras de la asistencia de salud.
- 5) Es menester que muchos actores tomen muchas medidas diferentes para lograr un cambio. Si las autoridades, el ejército, la policía, los juristas, la comunidad internacional y los trabajadores de salud tomasen cierto número de medidas prácticas, podría salvarse la vida de miles de personas en muchos países en todo el mundo.
- 6) La violencia, en todas sus formas, contra las instalaciones y el personal de salud no es únicamente cuestionable desde el punto de vista moral, está prohibida en el derecho internacional. La principal responsabilidad de garantizar que se cumpla la ley incumbe a los Estados y los combatientes. Además, los legisladores y tribunales nacionales deben desempeñar su responsabilidad de velar por que en la legislación nacional se impute la responsabilidad penal de quienquiera que viole el DIH y el pertinente DIDH, y por que dicha legislación se aplique realmente. Otras autoridades

estatales, incluidas las autoridades administrativas, pueden desempeñar una útil función complementaria en la imposición de sanciones que no sean penales para las violaciones del DIH y/o de otras normas jurídicas internacionales pertinentes.

- 7) Se debe imputar la responsabilidad de los infractores, y en los casos más graves, estos deberían afrontar la responsabilidad penal individual.
- 8) Sobre la base de actividades sobre el terreno y extensas consultas con expertos, el CICR ha llegado a la conclusión de que, si se aplican debidamente, mediante las normas internacionales vigentes se podría garantizar adecuadamente la prestación de asistencia de salud. Lo que se necesita fundamentalmente es la realización de un esfuerzo decidido para aplicar las normas de manera eficaz. Para hacerlo se requieren sólidos marcos nacionales.

El taller de Bruselas se centró totalmente en la elaboración de tales marcos normativos nacionales. Gracias a la activa intervención de todos los participantes, quienes expusieron una variadísima gama de diferentes, pero complementarios, ámbitos de especialización, se alcanzaron resultados significativos.

El taller ofreció no solo la oportunidad de debatir y esclarecer un número de cuestiones jurídicas y prácticas, a veces controvertidas, también permitió que se expresaran recomendaciones muy concretas que deberían mejorar efectivamente la protección de los profesionales de la asistencia de salud y la prestación de la asistencia de salud en circunstancias excepcionales.

El CICR está convencido de que estas recomendaciones podrían surtir un efecto decisivo. Invita a las autoridades estatales y a otros actores interesados a que las consideren y comiencen una reflexión sobre cómo aplicarlas en los respectivos ámbitos de competencia.

Por supuesto, el CICR está dispuesto a asistir a todos los actores interesados en realizar esta difícil labor.



ANEXOS

ANEXO 1. ESTUDIOS DE PAÍSES

BELARÚS

1. El sistema de asistencia de salud en Belarús

Según el artículo 45 de la Constitución de la República de Belarús, “se garantiza a los nacionales de la República de Belarús el derecho a la asistencia de salud, incluido el tratamiento médico gratuito en las instituciones estatales de salud. El Estado vela por que los servicios médicos sean disponibles y accesibles a todos los nacionales”. Además, en el artículo 3 de la Ley sobre la asistencia de salud de 1993¹⁹⁰ se establece un número de principios generales relativos a la política de la salud, de los cuales los siguientes principios relativos al acceso al sistema de asistencia de salud:

- accesibilidad a la atención médica y a la ayuda farmacológica,
- prioridad al desarrollo de la atención en primeros auxilios,
- prioridad a la atención médica en favor de menores, embarazadas, personas con discapacidad y veteranos.

Según el artículo 63 de la Ley sobre la asistencia de salud, en casos de emergencia, el personal de socorro, el personal del Ministerio del Interior y otros funcionarios han de tomar las medidas necesarias para prestar asistencia a las personas necesitadas. Todas las personas jurídicas y físicas tienen la obligación de ayudar al personal de salud durante la prestación de la ayuda sanitaria. El personal de salud tiene el derecho a emplear cualquier vehículo de transporte disponible en la zona, independientemente de quién es el propietario, a fin de llegar hasta las personas cuya vida corre peligro, o trasladar a dichas personas al centro sanitario más cercano; cualquier persona que deniegue al personal de salud el uso de un vehículo con dicha finalidad incurrirá en responsabilidad.

Las fuerzas de socorro de emergencia se establecieron por el decreto sobre el Sistema estatal de prevención y de socorro en emergencias, del año 2000¹⁹¹. Estas fuerzas están integradas por las divisiones de salud y médica, encargadas de prestar asistencia de salud a las personas afectadas por emergencias. En combinación con el artículo 63 de la Ley sobre la asistencia de salud, esto implica que la prestación de asistencia de salud en favor de la población está totalmente garantizada.

El marco jurídico por el que se rigen las condiciones de acceso a la asistencia y la ayuda humanitaria, así como la importación y la distribución de estas, y por el que se dispone la protección a los heridos y los enfermos en situaciones de conflicto armado y otras emergencias consiste principalmente en las siguientes leyes:

- Constitución de la República de Belarús;
- ley de la República de Belarús, n.º 2435-XII, con fecha del 18 de junio de 1993, “De la asistencia de salud” (Ley sobre la asistencia de salud);
- ley de la República de Belarús, n.º 382-Z, con fecha del 12 de mayo de 2000, “Del uso y la protección de los emblemas de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja” (Ley sobre el emblema);

¹⁹⁰ Ley de la República de Belarús n.º 2435-XII, con fecha del 18.06.1993, “De la asistencia de salud”.

¹⁹¹ Decreto del Consejo de Ministros de Belarús, n.º 495 con fecha del 10.04.2001, “Del sistema estatal de prevención y emergencias de socorro”.

- ley de la República de Belarús, n.º 437-3, con fecha del 24 de octubre de 2000, “De la Sociedad de la Cruz Roja de Belarús” (“Cruz Roja de Belarús”)¹⁹² (Ley sobre la Cruz Roja de Belarús);
- decreto del Consejo de Ministros de Belarús, n.º 495, con fecha del 10 de abril de 2001, “Del sistema estatal de prevención y socorro de emergencias”;
- varias leyes locales (a nivel de distritos municipales, de *oblast*, etc.).

De conformidad con la cláusula 20 del decreto n.º 495, incumbe al Ministerio de Salud la responsabilidad, al más alto nivel, de supervisión y control de la ayuda de emergencia.

Tanto en la ley sobre el emblema como en la ley sobre la Sociedad de la Cruz Roja de Belarús se permite que las organizaciones humanitarias presten asistencia a los heridos y los enfermos en Belarús.

2. La protección del personal de salud

En las leyes sobre el emblema, sobre el rescate de emergencia y el estatuto del rescatista¹⁹³ y sobre la asistencia de salud, se otorga protección al personal de salud en situaciones de conflicto armado y otras emergencias.

En el artículo 2 de la Ley sobre el emblema, se define el personal de salud como “personas a quienes permanente o temporalmente incumbe la responsabilidad de buscar, recoger, trasladar, diagnosticar o prestar tratamiento a los enfermos y los heridos y los náufragos, incluida la prestación de primeros auxilios, prevención de enfermedades, así como apoyo logístico y operaciones habituales de las unidades sanitarias”. El Ministerio de Salud está encargado de la autorización y el control del personal de salud.

El personal de salud que ostenta el emblema de la cruz roja es objeto de la protección que se dispone en los Convenios de Ginebra y en los Protocolos I y II (artículo 8 de la Ley sobre el emblema). El respectivo emblema se establece en el artículo 7 de la Ley sobre la Cruz Roja de Belarús (una cruz roja en el centro de un círculo blanco rodeado de dos líneas concéntricas rojas en las que figura la inscripción Sociedad de la Cruz Roja de Belarús en inglés y en bielorruso), el cual puede, entre otras cosas, ostentarlo el personal de salud. Este reglamento también corresponde al artículo 11 de la Ley sobre el emblema, en lo relativo al uso de la cruz roja por la Cruz Roja de Belarús.

Las actividades que efectúan las sociedades de asistencia, que se indican en los artículos 9 a 12 de la Ley sobre la asistencia en Belarús, son numerosas y, por lo general, corresponden a la misión humanitaria. Se incluyen las siguientes:

- aplicación del DIH durante los conflictos armados;
- prestación de asistencia a los enfermos y los heridos durante los conflictos armados y emergencias;
- servicio como “oficina de información” durante los conflictos armados;
- recolección de información sobre las personas desaparecidas;
- organización de la importación de ayuda humanitaria;
- promoción del DIH en tiempo de paz.

3. Protección de las unidades y los transportes sanitarios

En la Ley sobre el emblema y la Ley sobre la Cruz Roja de Belarús, se dispone la protección legal para las unidades y transportes sanitarios en situaciones de conflicto armado y otras emergencias.

En el artículo 2 de la Ley sobre el emblema se definen “los medios de transporte sanitario” como “vehículos militares o civiles, que se usan de manera permanente o temporal, únicamente para el transporte, por vía aérea, terrestre, marina o fluvial, de los enfermos y los heridos, los náufragos, el personal de salud, equipo o material sanitarios, y para otros fines sanitarios, y que están bajo el control de una parte en un conflicto armado”.

¹⁹² También incumbe a la Cruz Roja de Belarús la responsabilidad de organizar la importación de ayuda humanitaria.

¹⁹³ Ley de la República de Belarús, n.º 39-3, con fecha del 22 de junio de 2001, “Del servicio de rescate de emergencia y el estatuto del rescatista”.

En el mismo artículo se definen las “unidades sanitarias” como “centros sanitarios estacionarios o móviles y otras unidades civiles o militares, que funcionan permanente o temporalmente para la búsqueda, la recogida, el transporte, la diagnosis o el tratamiento de los enfermos, los heridos y los náufragos, incluidos los primeros auxilios y la prevención de enfermedades”.

Las unidades y los medios de transporte sanitarios están bajo la responsabilidad del Ministerio de Salud y del Ministerio de Defensa.

Como el personal de salud, las unidades y los medios de transporte sanitarios señalados con el emblema de la cruz roja tienen derecho a la protección, de conformidad con los Convenios de Ginebra y los Protocolos I y II (artículo 8 de la Ley sobre el emblema).

En las leyes sobre el emblema y la Cruz Roja de Belarús, no hay disposición específica relativa a la pérdida de la protección del personal de salud o de las unidades y medios de transporte sanitarios en situaciones de conflicto armado. Sin embargo, dado que en el artículo 18 de la Ley sobre el emblema se prohíbe el uso indebido del emblema, puede deducirse que tal uso indebido podría inducir a la pérdida de la protección que se otorga.

4. Protección de los heridos y los enfermos

En situaciones de emergencia, el destacamento republicano con finalidad especial de EMERCOM, República de Belarús tiene la responsabilidad de prestar asistencia y tratamiento a los enfermos y heridos. Trabaja de conformidad con el decreto del Consejo de Ministros de la República de Belarús, n.º 179, de fecha del 15 de mayo de 1991. Esa obligación se dispone también en el artículo 63 de la Ley sobre la asistencia de salud.

5. Protección de los signos distintivos

En la Ley sobre el emblema se otorga protección a los emblemas protegidos de conformidad con los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales, y sus disposiciones básicas por lo que respecta al uso correcto de los emblemas distintivos corresponde al modelo de ley sobre los emblemas que propuso el CICR.

En el artículo 39 de la Ley sobre el emblema, se asigna a la Cruz Roja de Belarús la responsabilidad de controlar el uso de los emblemas distintivos, conjuntamente con las autoridades públicas competentes (sin nombrarlas).

6. La ética y la confidencialidad médicas

En la Ley sobre la asistencia de salud, de 1993, se hace referencia a la ética médica. En el artículo 63 de esa ley, se disponen excepciones al secreto médico que figuran en una lista exhaustiva, pero dichas excepciones no se relacionan directamente con los conflictos armados. En otras emergencias, los organismos encargados de hacer cumplir la ley tienen derecho a solicitar la revelación de los datos médicos del paciente.

7. Represión

En la legislación de Belarús se disponen sanciones penales, especialmente para los crímenes contra la paz y de lesa humanidad y crímenes de guerra, así como para las violaciones del DIH consuetudinario. Las violaciones de las disposiciones del Manual del servicio militar están sujetas a responsabilidad disciplinaria, según la cual se exige que los militares “conozcan y observen las normas internacionales de conducta que rigen en el esfuerzo militar”.

BÉLGICA

(El original en francés fue preparado por la Comisión Interministerial de Derecho Internacional Humanitario)

1. El sistema de la salud en Bélgica

De conformidad con la legislación belga, la asistencia de salud de buena calidad constituye un derecho universal. En una emergencia, se debe prestar asistencia de salud incondicionalmente.

En el Real decreto n.º 78 del 10 de noviembre de 1967 sobre el ejercicio de las profesiones de la salud se dispone que, dondequiera que se carezca o sea inadecuada la asistencia de salud, una comisión médica, por propia iniciativa o a solicitud del gobernador provincial, debe solicitar que determinadas organizaciones o médicos organicen los servicios de salud o complementen los que ya se prestan. Además, las personas que no tienen la calificación de profesionales de la salud bajo la legislación nacional pueden efectuar ciertos procedimientos médicos, en particular donde dichos procedimientos, durante una guerra u otra calamidad, se necesitan urgentemente y no se dispone de suficientes profesionales acreditados¹⁹⁴.

La obligación de proteger al personal sanitario en los conflictos armados se establece en los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales. En Bélgica, estos instrumentos jurídicos se aplican directamente.

2. Protección del personal sanitario

En el Real decreto n.º 78 se reglamenta el ejercicio de los profesionales de la salud en Bélgica¹⁹⁵. Incumbe al Servicio Federal Público nacional encargado de la salud pública la responsabilidad de vigilar todas las profesiones de la salud, así como aprobar la acreditación de los médicos; de esta forma, confirma que sus cualificaciones satisfacen los criterios requeridos para la obtención del título profesional del que se trata. Los médicos que prestan sus servicios en las fuerzas armadas están afiliados al Colegio de Médicos y dependen de las pertinentes autoridades militares.

En un acuerdo concertado el 19 de diciembre de 2012 entre la Cruz Roja de Bélgica y el Servicio Federal Público, se reglamenta la organización y la puesta en marcha de servicios de respuesta rápida que prestan asistencia médica de urgencia. De conformidad con el acuerdo, la Cruz Roja de Bélgica se encarga de proporcionar, establecer y desplegar equipos móviles de respuesta rápida para contribuir a la organización y la dotación de recursos de la asistencia médica, sanitaria y psicológica en el caso de un desastre (servicios médicos y sanitarios, logística personal).

Además, mediante real decreto, el Servicio Federal Público concede a la Cruz Roja de Bélgica un subsidio anual para apoyar los servicios que contribuyen a la prestación de asistencia médica de urgencia¹⁹⁶ y para la organización de la asistencia psicosocial¹⁹⁷ en emergencias públicas y otras situaciones de peligro.

¹⁹⁴ En el art. 50 del Real decreto n.º 78 se autoriza al Rey a decidir cuáles procedimientos médicos pueden efectuar las personas que no tienen la calificación legal para hacerlo, pero que han recibido formación especial con esa finalidad.

¹⁹⁵ Por ejemplo, médico, farmacéutico, quinesiólogo, enfermero, comadrona, miembro del equipo de respuesta inicial, personal de ambulancia, paramédico.

¹⁹⁶ *Arrêté royal du 17 décembre 2012, octroyant un subside à la Croix-Rouge de Belgique pour l'année 2012 pour l'appui aux services qui participent à la mise en œuvre de l'aide médicale urgente lors des situations d'urgence collective et de manifestations à risque* (Real decreto del 17 de diciembre de 2012 por el que se otorga un subsidio a la Cruz Roja de Bélgica para el año 2012, en apoyo a los servicios que participan en la aplicación de la asistencia médica de urgencia *Moniteur belge*), 21 de enero de 2013.

¹⁹⁷ *Arrêté royal du 17 décembre 2012, octroyant un subside à la Croix-Rouge de Belgique pour l'année 2012 pour l'organisation d'un service d'intervention psychosociale urgente pour des situations d'urgence collective et des manifestations à risque et fixant les conditions d'octroi à ce subside, Moniteur belge* (Real decreto del 17 de diciembre de 2012 por el que se otorga un subsidio a la Cruz Roja de Bélgica para el año 2012 para la organización de un servicio de intervención psicosocial urgente para situaciones de urgencia colectiva y manifestaciones que entrañan un riesgo), 21 de enero de 2013.

3. Protección otorgada a los heridos y los enfermos

El marco jurídico de Bélgica para la protección de los heridos y los enfermos consiste en:

- la legislación sobre los derechos de los pacientes;
- los convenios de derechos humanos, incluido el Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales, de 1950;
- el Código Penal Belga (omisión de asistencia a persona en peligro)¹⁹⁸;
- las disposiciones de los Convenios de Ginebra por las cuales se otorga protección a los heridos y los enfermos.

Esta protección se respalda mediante penas y medidas disciplinarias, como se menciona en la sección 5, más abajo.

4. Protección otorgada al emblema

En la ley del 4 de julio de 1956, por la que se protegen las denominaciones, signos y emblemas de la Cruz Roja¹⁹⁹ se dispone el derecho a usar el emblema de conformidad con los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales, se establecen penas para violaciones en tiempos de paz y en tiempo de guerra de los convenios internacionales por los que se rige el uso de las denominaciones “cruz roja”, “cruz de Ginebra”, “media luna roja”, “león y sol rojos” o cualquier otro signo o emblema correspondientes. En la ley no se especifica a quién compete hacer cumplir las normas por las que se protegen los emblemas y las denominaciones, o por darlas a conocer.

No obstante, en la práctica y en tiempo de paz, la Cruz Roja de Bélgica ayuda a las autoridades a prevenir y a castigar el uso indebido del emblema, en tanto que da a conocer las disposiciones establecidas en la ley de 1956 y en los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales por lo que atañe a tal uso indebido (apropiación por personas no autorizadas, imitación).

La función que desempeña la Cruz Roja de Bélgica sobre el particular dimana de los estatutos de la Sociedad Nacional²⁰⁰, de conformidad con los cuales, en su capacidad de auxiliar de los poderes públicos en el ámbito humanitario, la Cruz Roja de Bélgica tiene la obligación de dar a conocer los Principios Fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y los principios básicos del derecho internacional humanitario²⁰¹. Esta obligación se refrenda en los Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja²⁰², en los que se dispone que las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja “difunden y ayudan al respectivo Gobierno a difundir el derecho internacional humanitario” y que “(c)olaboran con el respectivo Gobierno para hacer respetar el derecho internacional humanitario y para lograr la protección de los emblemas distintivos reconocidos en los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales”²⁰³.

Las autoridades militares están encargadas de supervisor y garantizar el respeto del uso protector del emblema, y los servicios médicos de las fuerzas armadas elaboran actualmente una directiva sobre este uso.

¹⁹⁸ “Quienquiera que omita prestar u obtener asistencia en favor de una persona que se encuentra en un grave peligro, y que ha sido testigo de las circunstancias o le ha informado acerca de ello alguien que solicita asistencia, será castigado con pena de cárcel de ocho días a un año y una multa de 50 a 500 euros o una de ellas. Sin embargo, se considerará delito únicamente si la persona cuya asistencia se solicitó podía haber intervenido sin exponerse a sí mismo o a alguna otra persona a graves riesgos. En el caso de que la persona no haya sido testigo directo de la situación, no puede ser hallado culpable si las circunstancias en las que se solicitó su intervención eran tales que cabía suponer la existencia de un peligro o un riesgo” (traducción del CICR).

¹⁹⁹ *Loi du 4 juillet 1956, relative à la protection des dénominations, signes et emblèmes de la Croix-Rouge* (Ley del 4 de julio de 1956, relativa a la protección de las denominaciones, signos y emblemas de la Cruz Roja), *Moniteur belge*, 11 de julio de 1956.

²⁰⁰ *Statuts de la Croix-Rouge de Belgique, révisés le 13 octobre 2003; arrêté du gouvernement de la Communauté française portant approbation des statuts de la Croix-Rouge de Belgique, 4 décembre 2003* (Estatutos de la Cruz Roja de Bélgica, modificados el 13 de octubre de 2003: decreto emitido por el Gobierno de la comunidad de habla francesa por el cual se aprueban los Estatutos de la Cruz Roja de Bélgica, 4 de diciembre de 2003), *Moniteur belge*, 22 de abril de 2004; *Arrêté du gouvernement flamand portant approbation des statuts modifiés de la Croix-Rouge de Belgique, 2 avril 2004* (decreto emitido por el Gobierno de la comunidad de habla flamenca por el cual se aprueban los Estatutos modificados de la Cruz Roja de Bélgica, 2 de abril de 2004), *Moniteur belge*, 1 de julio de 2004; *Arrêté du gouvernement de la Communauté germanophone portant approbation des nouveaux statuts de la Croix-Rouge de Belgique, 4 juin 2004* (decreto emitido por el Gobierno de la comunidad de habla alemana por el cual se aprueban los nuevos Estatutos de la Cruz Roja de Bélgica, 4 de junio de 2004), *Moniteur belge*, 20 de agosto de 2004.

²⁰¹ Estatutos de la Cruz Roja de Bélgica, modificados el 13 de octubre de 2003, art. 4.

²⁰² Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja aprobados por la XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja, celebrada en Ginebra en 1986, y modificados en 1995 y 2006.

²⁰³ Estatutos del Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 1986, sección II, art. 3.2.3.

5. Penas

En el libro II, título I bis, del Código penal belga, se establecen penas para las violaciones graves del derecho internacional humanitario. El Código versa sobre el crimen de genocidio, los crímenes de lesa humanidad y los crímenes de guerra en los números 136 bis a 136 quáter, respectivamente.

Las disposiciones pertinentes son las siguientes:

- artículo 136 quáter, párrafo 1.15°, en el que se otorga protección a los edificios, materiales, unidades y medios de transporte sanitarios y el personal de salud que, de conformidad con el derecho internacional, emplean los signos distintivos que se disponen en el derecho internacional humanitario²⁰⁴;
- artículo 136 quáter, párrafo 1.17°, en el que se otorga protección a las misiones humanitarias y de mantenimiento de la paz, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas²⁰⁵;
- artículo 136 quáter, párrafo 1.18°, sobre los actos u omisiones que pueden afectar adversamente a la salud y la integridad mental o física de las personas que tienen derecho a la protección de conformidad con el derecho internacional humanitario²⁰⁶;
- artículo 136 quáter, párrafo 1.19°, en el que se prohíbe la mutilación física, los experimentos médicos o científicos, o la extracción de tejidos y órganos para realizar trasplantes²⁰⁷;
- artículo 136 quáter, párrafo 1.21°, en el que se otorga protección a los lugares donde se reúne a los enfermos y heridos²⁰⁸;
- artículo 136 quáter, párrafo 1.29°, sobre el uso de los signos protectores reconocidos en el derecho internacional humanitario²⁰⁹;
- artículo 136 quáter, párrafo 1.35°, en el que se prohíbe el lanzamiento de ataques contra ciertos edificios, incluidos los hospitales, cuando dichos edificios no pueden considerarse objetivos militares²¹⁰.

Además, en la ley del 4 de julio de 1956²¹¹ por la que se protegen las denominaciones, signos y emblemas de la Cruz Roja, se dispone el castigo por cualquier empleo abusivo, tanto en tiempo de paz como en tiempo de guerra, de las denominaciones “cruz roja”, “cruz de Ginebra”, “media luna roja y león y sol rojos” o cualquier otro signo o emblema correspondiente. En el marco del procedimiento incoado por Bélgica para la ratificación del Protocolo III adicional a los Convenios de Ginebra, se han tomado medidas legislativas para enmendar la ley de 1956, con miras a añadir el emblema que se refrenda en el Protocolo III, es decir, el “cristal rojo”, a la lista de las denominaciones, los signos y emblemas protegidos.

²⁰⁴ Código penal, art. 136 quáter, párr.1.15°, en el que se prohíbe “el lanzamiento de un ataque deliberado contra los edificios, materiales, unidades y medios de transporte sanitarios, y contra el personal de salud que, de conformidad con el derecho internacional, emplea los signos distintivos que se disponen en el derecho internacional humanitario (traducción del CICR).

²⁰⁵ Código penal, art. 136 quáter, párr. 1.17°, en el que se prohíbe “el lanzamiento de un ataque deliberado contra el personal, las instalaciones, los materiales, las unidades o los vehículos que se emplean en el marco de una misión humanitaria o de mantenimiento de la paz, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas, siempre que tengan derecho a la protección que se otorga en el derecho de los conflictos armados a los civiles y los bienes de carácter civil” (traducción del CICR).

²⁰⁶ Código penal, art. 136 quáter, párr. 1.18°, en el que se prohíben “los actos u omisiones sin justificación legal que pueden afectar adversamente a la salud y la integridad mental o física de cualquier persona que tiene derecho a la protección de conformidad con el derecho internacional humanitario, en particular los procedimientos médicos que son injustificados habida cuenta del estado de salud de las personas de que se trata o que contravienen las normas generales por las que se rige la profesión médica” (traducción del CICR).

²⁰⁷ Código penal, art. 136 quáter, párr. 1.19°, en el que se prohíben “los actos que consisten en realizar, en las personas a las que se hace referencia en el párr. 1.18°, incluso con el consentimiento de estas (a menos que se justifiquen por las condiciones dispuestas en dicho párr.), mutilación física, experimentos científicos o extracción de tejidos u órganos que no sean la donación de sangre para transfusiones o injertos de piel, siempre que la donación sea voluntaria, convenida y destinada a solo a fines terapéuticos” (traducción del CICR).

²⁰⁸ Código penal, art. 136 quáter, párr. 1.21°, en el que se prohíbe “el lanzamiento de un ataque deliberado en lugares donde están reunidos los heridos y los enfermos, siempre que esos lugares no puedan considerarse objetivos militares”.

²⁰⁹ Código penal, art. 136 quáter, párr. 1.29°, en el que se prohíbe “el uso péfido del signo distintivo de la cruz roja o de la media luna roja o de cualquier otro signos protectores reconocidos en el derecho internacional humanitario dondequiera que tal uso tenga como consecuencia la muerte o heridas graves”.

²¹⁰ Código penal, art. 136 quáter, párr. 1.35°, en el que se prohíbe “el lanzamiento de un ataque deliberado contra los edificios empleados con fines religiosos, artísticos, científicos o de beneficencia, o contra edificios históricos u hospitales, siempre que dichos edificios no puedan considerarse objetivos militares”.

²¹¹ Ley del 4 de julio de 1956:

“Art. 1 – Sin perjuicio de las disposiciones penales, quienquiera que, en violación de los convenios internacionales, usa cualquiera de las denominaciones “cruz roja”, “cruz de Ginebra”, “media luna roja”, “león y sol rojos” o cualesquiera signos o emblemas correspondientes será castigado con encarcelamiento de ocho días a tres años y una multa de 25 a 3.000 francos, o una de las dos penas. Se aplicará la misma pena a quienquiera que use una denominación, signo o emblema que podría causar confusión con las denominaciones, signos o emblemas arriba mencionados. Art. 2 – Dondequiera que se cometan en tiempo de guerra, los delitos descritos en el art. 1 se castigarán con encarcelamiento de 15 días a cinco años y una multa de 50 a 5.000 francos o una de las dos penas”.

En la ley del 14 de enero de 1975, que contiene el código disciplinario aplicable a las fuerzas armadas, se dispone que cualquier violación del mismo entrañará la aplicación de medidas disciplinarias. Asimismo, las violaciones de los Convenios de Ginebra o sus Protocolos adicionales también entrañan la aplicación de medidas disciplinarias.

Además de las normas generales por las que se protege a las personas civiles en los conflictos armados, en el artículo 136 quáter²¹² del Código penal belga, hay una lista de varias infracciones que son crímenes de guerra y se refieren a la protección del personal y bienes sanitarios.

6. La ética y la confidencialidad médica

De conformidad con el código de ética médica, todos los médicos deben respetar la confidencialidad entre el médico y el paciente en todas las circunstancias. En el artículo 458 del Código penal, se prohíbe toda violación de dicha confidencialidad, excepto cuando el médico es citado para atestiguar ante un tribunal o ante una comisión parlamentaria de encuesta, o cuando el médico se encuentra bajo la obligación jurídica de revelar la información que obra en su poder²¹³.

Se han incorporado diversas directivas emitidas por la Asociación Médica Mundial en la ley federal; sin embargo, se confirma que se debe dar la prioridad a acceso a la asistencia de salud en todas las circunstancias.

COLOMBIA

La situación de violencia en Colombia se ha caracterizado por la existencia de un conflicto armado, que ha durado más de 60 años, así como de otras formas de violencia que afectan, entre otras cosas, al acceso seguro a la asistencia de salud y a la prestación de dicha asistencia. En los últimos 15 años, se han desarrollado marcos normativos a nivel nacional, con objeto de mejorar el respeto debido a la misión médica.

1. El sistema de salud en Colombia

La salud se ha elevado al estatuto de derecho constitucional²¹⁴ que cubre dos aspectos esenciales: i) la declaración como servicios públicos de la asistencia de salud y el saneamiento ambiental; y ii) la garantía del derecho de cada persona a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Por lo tanto, la política de salud del Estado procura lograr la cobertura universal, a fin de velar por el acceso a la salud, para lo cual garantiza que toda la población tenga acceso al Plan Obligatorio de Salud – POS. Además, hay una obligación constitucional de solidaridad social que encarna el principio de solidaridad social mediante la designación de la obligación que incumbe a cada ciudadano

²¹² Código penal, art. 136 quáter, párr. 1: “Se consideran crímenes bajo el derecho internacional humanitario, y se castigan de conformidad con las disposiciones que figuran en el presente Código: los crímenes enumerados en los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 y los Protocolos adicionales I y II del 8 de junio de 1977; los que se establecen en las leyes y costumbres de la guerra según se definen en el art. 2 de los Convenios de Ginebra más arriba mencionados, en el art. 1 de los Protocolos adicionales I y II, y en el art. 8. 2, f), del Estatuto Internacional de la Corte Penal Internacional, tal como se enumeran a continuación, cuando dichos crímenes mermen, sea por comisión o por omisión, la protección que se otorga a las personas y bienes en dichos Convenios, Protocolos, y leyes y costumbres, sin perjuicio de las disposiciones penales aplicables a las infracciones cometidas por negligencia: 1° homicidio intencional; 2° (...).”

²¹³ “Los médicos, cirujanos, funcionarios de salud, farmacéuticos, comadronas y todas las demás partes que, a causa de su profesión o por cualquier otra razón, conocen información confidencial y que revelan tal información en circunstancias que no son la de citación para atestiguar ante un tribunal (o ante una comisión parlamentaria de encuesta) o la de estar bajo la obligación jurídica de hacerlo, serán castigados con encarcelamiento de seis días a seis meses y una multa de 100 a 500 francos”.

²¹⁴ Art. 49 de la Constitución de Colombia: “La atención de salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud. Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También, establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas y ejercer su vigilancia y control. Así mismo, establecer las competencias de la Nación, las entidades territoriales y los particulares, y determinar los aportes a su cargo en los términos y condiciones señalados en la ley. Los servicios de salud se organizarán de forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. La ley señalará los términos en los cuales la atención básica para todos los habitantes será gratuita y obligatoria. Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y de su comunidad”.

de responder “con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas”²¹⁵.

El sistema de salud de Colombia se ha adaptado en el transcurso de los años, para lo cual se han tenido en cuenta las características del conflicto armado y otras situaciones de violencia. A nivel nacional, se han adaptado diferentes leyes, normas y procedimientos, para mejorar la protección de la misión médica.

2. Protección de los heridos, los enfermos y las unidades y transportes de salud²¹⁶

En Colombia, las víctimas de los conflictos armados y otras situaciones de violencia tienen derecho a recibir la asistencia de salud mediante dos sistemas. En primer lugar, mediante el Fondo de Solidaridad del Sistema de Seguridad Social, que ofrece la posibilidad a las instituciones de salud de cargar al fondo los gastos de asistencia en favor de las víctimas. En segundo lugar, mediante la Ley de víctimas y restitución de tierras de 2011²¹⁷, en la cual figura una lista de servicios de salud a los cuales tienen derecho las víctimas del conflicto armado (hospitalización, fármacos, traslados, tratamientos del VIH y de enfermedades de transmisión sexual, cuando la persona es víctima de violencia sexual, gastos médicos, material médico y quirúrgico, osteosíntesis, órtesis y prótesis, servicios de apoyo y servicios de aborto, si el aborto corresponde a los casos permitidos por la jurisprudencia de la Corte Constitucional y asistencia para los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres víctimas)²¹⁸. Es importante tener en cuenta que, recientemente, la Corte Constitucional reconoció que las personas desplazadas internas víctimas de los nuevos grupos armados también tienen derecho a beneficiarse de las obligaciones de atención, asistencia y reparación integral que se establecen en la ley²¹⁹.

Además de las formas de reparación arriba mencionadas, se ha establecido, a nivel nacional, la protección de los heridos y los enfermos, el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios mediante la (i) represión penal y (ii) el desarrollo de otros marcos normativos.

(i) Represión penal

En el Código penal figura una lista de crímenes contra las personas y bienes que gozan de la protección del derecho internacional humanitario. En relación con la protección de los heridos y los enfermos, el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios, cabe mencionar los siguientes crímenes:

- homicidio y otros crímenes cometidos contra las personas protegidas²²⁰;
- destrucción de bienes e instalaciones de carácter sanitario;
- obstaculización de tareas sanitarias y humanitarias;
- omisión de medidas de socorro y asistencia humanitaria.

²¹⁵ Art. 95 de la Constitución colombiana: “La calidad de colombiano enaltece a todos los miembros de la comunidad nacional. Todos están en el deber de engrandecerla y dignificarla. El ejercicio de los derechos y libertades reconocidos en esta Constitución implica responsabilidades. Toda persona está obligada a cumplir la Constitución y las leyes. Son deberes de la persona y del ciudadano:

1. Respetar los derechos ajenos y no abusar de los propios; 2. Obrar conforme al principio de solidaridad social, respondiendo con acciones humanitarias ante situaciones que pongan en peligro la vida o la salud de las personas; 3. Respetar y apoyar a las autoridades democráticas legítimamente constituidas para mantener la independencia y la integridad nacionales. 4. Defender y difundir los derechos humanos como fundamento de la convivencia pacífica; 5. Participar en la vida política, cívica y comunitaria del país; 6. Propender al logro y mantenimiento de la paz; 7. Colaborar para el buen funcionamiento de la administración de la justicia; 8. Proteger los recursos culturales y naturales del país y velar por la conservación de un ambiente sano; 9. Contribuir al financiamiento de los gastos e inversiones del Estado dentro de los conceptos de justicia y equidad”.

²¹⁶ De conformidad con el sistema de salud, los hospitales y otras instituciones de salud funcionan, en general, como empresas privadas, con o sin fines de lucro. Cabe mencionar que actualmente el sistema de salud tiende a la “privatización” de las instituciones de salud. Los hospitales públicos y otras instituciones de salud dependen de las municipalidades (por lo general de primer nivel) y de los departamentos (de segundo y tercer nivel). Pueden funcionar como empresas estatales o privadas.

²¹⁷ Ley 1448 de 2011: Ley de Víctimas y Restitución de Tierras.

²¹⁸ Corte Constitucional de Colombia, caso C-355 de 2006. Magistrados Ponentes Jaime Araujo Rentería y Clara Inés Vargas Hernández. En este caso, la Corte Constitucional decidió excluir el delito de aborto del Código Penal en tres casos: (i) cuando la continuación del embarazo constituye peligro para la vida o la salud de la mujer, certificado por un médico; (ii) cuando exista grave malformación del feto que haga inviable su vida, certificada por un médico; y (iii) cuando el embarazo sea resultado de una conducta, debidamente denunciada, constitutiva de acceso carnal o acto sexual sin consentimiento, abusivo o de inseminación artificial o de transferencia de óvulo fecundado no consentidas, o de incesto.

²¹⁹ Corte Constitucional de Colombia, decisión 119 de 2013: Corte Constitucional, Sala especial de Seguimiento a la Sentencia T-025 de 2004 y sus autos de cumplimiento. Auto 119 de 2013. Magistrado Ponente Luis Ernesto Vargas Silva.

²²⁰ En el art. 135 del Código penal (Ley 599 de 2000) se establece una lista de personas que están protegidas en virtud del DIH. Se menciona explícitamente al personal sanitario.

Asimismo, en el Código penal se consideran crímenes la omisión de prestación de asistencia y socorro y la omisión de prestación de asistencia humanitaria y medidas de socorro en el contexto de un conflicto armado²²¹.

ii) Otros marcos normativos

Como se expone más arriba, durante los recientes años, los marcos normativos para la protección del acceso seguro a la asistencia de salud y la prestación de esta se aprobaron a nivel nacional²²². Entre estos cabe mencionar:

- Ley 875 de 2004, por la que se rige el uso del emblema de la cruz roja y de la media luna roja y otros emblemas protegidos por los Convenios de Ginebra y los Protocolos adicionales;
- decreto 138 de 2005, por el que se rigen los diferentes artículos de la ley de 2004 y se dan a conocer nuevas disposiciones relativas al uso protector del emblema por el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios de las fuerzas armadas y por el personal sanitario civil;
- Resolución 4481 de 2012 del Ministerio de Salud, por la cual se aprueba el nuevo Manual de Misión Médica (véase más abajo).

3. La ética médica

La ética médica y la confidencialidad de los datos médicos han sido objeto de particular preocupación en Colombia, respecto del conflicto armado y la prestación de asistencia de salud a otros portadores de armas. Se han registrado algunos casos de personal sanitario que han sido enjuiciados por haber prestado asistencia de salud a los miembros de grupos armados²²³.

Por lo que atañe al marco normativo, en el código de ética médica se dispone que “el médico se atenderá a las disposiciones legales vigentes en el país y a las recomendaciones de la Asociación Médica Mundial”²²⁴. Ello implica que las normas de la Asociación Médica Mundial para las situaciones de conflicto armado y otras situaciones de violencia se incorporan en el sistema jurídico nacional. Además, en el código de ética se hace referencia específicamente a los conflictos armados y se dispone que “[e]l médico no deberá favorecer, aceptar o participar en la práctica de la tortura o de otros procedimientos crueles, inhumanos o degradantes, cualquier sea la ofensa atribuida a la víctima, sea ella acusada o culpable, cualesquiera sean sus motivos o creencias y en toda situación, conflicto armado y lucha civil”²²⁵.

4. Conclusión

Aunque se han realizado considerable mejoras a nivel nacional por lo que respecta a la aprobación de marcos normativos para la protección de los heridos y los enfermos y la misión médica, aún se plantean en la práctica algunos problemas relacionados con la falta de acceso de la población civil a los servicios de salud. Así pues, es menester continuar la labor de la aplicación y el cumplimiento de los marcos normativos vigentes.

El Manual de Misión Médica como ejemplo de buena práctica

En la resolución de 2012, con la cual se sustituyó la resolución 1020 de 2002, se aprobó el Manual de Misión Médica.

²²¹ Art. 131 del Código Penal (Ley 599 de 2000): “Omisión de socorro. El que omitiere, sin justa causa, auxiliar a una persona cuya vida y salud se encontrase en grave peligro, incurrirá en prisión”.

Art. 152 del Código Penal (Ley 599 de 2000): “Omisión de medidas de socorro. El que, con ocasión y en desarrollo de conflicto armado y estando obligado a prestarlas, omite las medidas de socorro y asistencia humanitaria a favor de las personas protegidas, incurrirá en prisión”.

²²² Además de los marcos normativos que se mencionan aquí, se han aprobado las siguientes normas para velar por, y garantizar, la prestación de la asistencia de salud, en casos de actos terrorista: (i) decreto 1283 de 1996, por el cual se rige el funcionamiento del Fondo de Solidaridad y Garantía del Sistema del Seguro Social; (ii) decreto 3990 de 2007, por el cual se establecen las condiciones para asegurar los riesgos que supone el daño corporal causado por los accidentes de tránsito, catástrofes y los actos terroristas; y (iii) decreto 2973 de 2010, en el cual se establecen los criterios para la prestación de servicios de rehabilitación física y mental en favor de las víctimas de la violencia política.

²²³ En estos casos, los tribunales nacionales consideraron que el personal sanitario que presta asistencia de salud en favor de los miembros de los grupos armados incurrían en el crimen de rebelión y sedición por prestarles asistencia y apoyo sanitario.

²²⁴ Código de Ética Médica, ley 23 de 1981.

²²⁵ Código de Ética Médica, ley 23 de 1981.

La resolución es el resultado de una colaboración mixta entre la delegación del CICR en Bogotá, en particular el departamento de salud, la Cruz Roja Colombiana, el Ministerio de Salud y Protección Social y otras instituciones gubernamentales.

La finalidad del Manual es aprobar y aplicar un sistema con miras al respeto y la protección de la misión médica en Colombia. Cabe mencionar que el Manual es aplicable tanto en situaciones de conflicto armado como en otras situaciones de violencia.

El Manual versa sobre diferentes temas relacionados con la asistencia de salud. Específicamente, proporciona orientación práctica sobre lo siguiente:

a. Los derechos y deberes del personal sanitario y las instituciones de salud

Cabe mencionar que en el Manual se hace referencia a los derechos del personal que presta servicios en la misión médica. En este sentido, tiene derecho:

- a ser respetado y protegido;
- a no ser atacado;
- a acceder y prestar la atención sanitaria;
- a tener los medios necesarios para la atención del paciente;
- a no ser sancionado o castigado por ejercer una actividad médica;
- a no ser obligado a actuar contrariamente a los principios de la ética médica;
- a que se respete la reserva del secreto profesional;
- a identificarse.

b. Infracciones que se cometen contra la misión médica

En el Manual se hace referencia a los Convenios de Ginebra, los Protocolos adicionales I y II y las normas del derecho internacional humanitario consuetudinario. Sobre este particular, en el Manual se define la infracción a la misión médica como “conducta que (...) afecta a los componentes y actividades de la Misión Médica o a los beneficiarios directos de la misma (pacientes o comunidades) y que se relaciona con situaciones de orden público, irrespetando uno o varios de los deberes o derechos mencionados en los fundamentos legales y los casos evaluados”²²⁶.

En el Manual se incluyen las infracciones contra la vida y la salud, la infraestructura, las actividades médicas y el secreto profesional. Además, figura una lista de actos que equivalen a la perfidia.

c. El emblema de la misión médica

En esta sección del Manual, se proporciona orientación específica sobre la protección, las características, la supervisión, la autorización y la cancelación del uso del emblema de la misión médica. Cabe mencionar que la misión médica en Colombia tiene su propio emblema distintivo:



d. Recomendaciones para la seguridad del personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios

Esta parte del Manual puede considerarse la de mayor índole operacional, dado que se incluye una serie de obligaciones de personal sanitario y se requiere que dichas obligaciones se traduzcan a nivel institucional para garantizar su aplicación eficaz. En el Manual se intenta esclarecer las nociones de

²²⁶ Manual de Misión Médica, p. 18.

amenaza, riesgo y vulnerabilidad²²⁷, a fin de que se pueda efectuar una evaluación que contribuiría a elaborar las medidas que han de aprobarse en un caso particular.

Por último, cabe mencionar que en el Manual figuran instrucciones para llevar un registro de las infracciones del DIH y los incidentes²²⁸ contra la misión médica en Colombia.

KENIA

1. El sistema de salud en Kenia

El derecho a los servicios de salud y al tratamiento médico de emergencia se refrenda en la Constitución de Kenia²²⁹. Actualmente, no hay un sistema para facilitar el acceso para la prestación, en condiciones de seguridad, de asistencia de salud en conflictos armados y otras emergencias. Por el momento, todo se gestiona a nivel de política²³⁰. No obstante, cabe considerar las medidas que se han aprobado para evitar o afrontar lo que ocurrió durante las violentas situaciones que se registraron durante los años anteriores y que afectaron a la asistencia de salud.

La carencia de un sistema pertinente para velar por la asistencia de salud en conflictos armados y otras emergencias se hizo particularmente patente durante la violencia poselectoral ocurrida en 2007-2008. La prestación de asistencia de salud apenas estuvo coordinada durante ese periodo y muchas personas desplazadas internas no tuvieron acceso alguno a los servicios de salud²³¹. Tras la violencia poselectoral, el Gobierno elaboró dos documentos de política relativos a la Política nacional para la gestión de desastres en Kenia y al Plan nacional de intervención en casos de desastre. En estos documentos se presentan los principios para la preparación eficaz para casos de desastre y gestión de estos y contienen orientaciones sobre la manera de coordinar la intervención en varios tipos de emergencias, incluida la movilización de recursos. Con la finalidad de la coordinación, en los documentos por los que se establece la política se instituyó la Organización Nacional para la Gestión de Desastres (*National Disaster Management Agency - NADIMA*)²³². Este es un órgano semiautónomo cuyos representantes proceden de varios Ministerios y de grupos de la sociedad civil y de organizaciones tanto a nivel nacional como de condado. Las actividades de intervención en casos de desastre de la Organización Nacional para la Gestión de Desastres dependen del Centro nacional de operaciones en casos de desastre (*National Disaster Operations Centre - NDOC*)²³³. Este es un centro de notificación para las emergencias y conflictos que funciona las 24 horas del día todos los días de la semana²³⁴.

A fin de estar preparados para afrontar las situaciones de violencia, comités sectoriales especiales asumieron la tarea de realizar la planificación de sectores concretos. Por ejemplo, el sector de la salud trazó un Plan de contingencias para las elecciones generales de marzo de 2013.

²²⁷ Estas definiciones se extrajeron del Planeamiento hospitalario para desastres, Organización Panamericana de la Salud (disponible solo en español):

Amenaza: factor externo de riesgo, representado por la potencial ocurrencia de un suceso de origen natural, generado por la actividad humana, o la combinación de ambos que puede manifestarse en un lugar específico, con una intensidad y duración determinadas.

Riesgo: La probabilidad de daños sociales, ambientales y económicos en una comunidad específica, en un determinado periodo de tiempo, en función de la amenaza y la vulnerabilidad.

Vulnerabilidad: Factor interno de riesgo de un sujeto, objeto o sistema, expuesto a una amenaza, que corresponde a su predisposición intrínseca a ser dañado.

²²⁸ En el Manual se definen tales incidentes como "cualquier acción u omisión directa o indirecta que impida, retrase o limite el acceso a los servicios y que no sea considerada como una infracción al Derecho Internacional Humanitario". Manual de Misión Médica, p. 13.

²²⁹ Constitución de Kenia, 2010, art. 43(1) y (2).

²³⁰ Entrevista del representante del Ministerio de Salud, Nairobi, 1 de marzo de 2013.

²³¹ La sección de Kenia de la Comisión Internacional de Juristas y la Comisión de Derechos Humanos de Kenia, Justicia que no se alcanza: informe de situación sobre las víctimas de la violencia poselectoral de 2007-2008 en Kenia (*Elusive Justice: A Status Report on Victims of 2007-2008 Post-Election Violence in Kenya*, ICJ Kenya and KHRC, 2012, p. 29), Foro de sensibilización de los derechos sanitarios (*Health Rights Advocacy Forum*), Informe sobre los efectos de la violencia poselectoral contra los trabajadores de salud y la preparación del sistema de asistencia de salud en Kenia, informe de evaluación (*Report on the Effects of 2007 Post Election Violence on Health Workers and the Preparedness of the Health Care System in Kenya, Assessment Report*), HERAF, 2008, p. 2, <http://www.heraf.or.ke/heraf-reports/page-1.html>.

²³² Ministerio de Estado para Programas Especiales, Política nacional para la gestión de desastres en Kenia (*National Policy for Disaster Management in Kenya*), MSSP, marzo de 2009, p. 37.

²³³ Política nacional para la gestión de desastres en Kenia (*Policy for Disaster Management in Kenya*) (nota 27), p. 39.

²³⁴ Ministerio de Estado para Programas Especiales y Ministerio de Administración Provincial y Seguridad Interior, Plan nacional de intervención en caso de desastres (*National Disaster Response Plan*), MSSP y MOPAIS, 2009, párr. 41.

Por lo que atañe al futuro, en la política de salud de Kenia para 2012-2030 se señala la “institución en todos los niveles del sistema de la salud de mecanismos de preparación para las emergencias y de intervención en caso de emergencias”, con miras a “velar por que se intervenga adecuadamente ante los efectos que los desastres y las emergencias surten en la salud”²³⁵. Así pues, parece que entre los objetivos del Gobierno figura la institución de un sistema apropiado para facilitar el acceso a la prestación segura de asistencia de salud en los conflictos armados y otras emergencias.

2. Protección del personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios

En Kenia, el personal médico depende del Ministerio de Salud, que tiene la responsabilidad general para la autorización y el control del personal de salud, pero ha delegado la responsabilidad práctica a varios órganos estatutarios²³⁶. Además, en cada hospital hay una Junta de Administración del Hospital que reglamenta la labor de los empleados del hospital.

En situaciones de conflicto armado, la protección jurídica del personal de salud se dispone en la Ley de los Convenios de Ginebra y la Ley de crímenes internacionales. En otras emergencias, la protección del personal de salud se dispone en la legislación nacional general²³⁷.

La protección jurídica del personal de salud en Kenia adolece de falta de especificidad, lo cual es un considerable punto débil. Tanto en la Ley de los Convenios de Ginebra como en la Ley de crímenes internacionales se dispone la protección del personal de salud, pero no se estipula en ninguna la autoridad o el órgano encargado de velar por que esto se cumpla. La protección se ve mermada aún más por la falta de una definición de “personal médico” en el derecho de Kenia.

Tras celebrar consultas y entrevistas con el personal y expertos médicos en Kenia, se determinaron tres temas en los que se debe trabajar: a) acceso al trabajo; b) seguridad en el lugar de trabajo; y c) estatuto especial del personal de salud. Se mencionó una serie de medidas que podría aprobarse para garantizar la protección del personal de salud. Las más de estas medidas reflejan que la principal preocupación es la relativa a la seguridad del personal médico.

²³⁵ Ministerio de Servicios Médicos y Ministerio de Salud Pública y Saneamiento (hoy Ministerio de Salud), Política de salud de Kenia, 2012-2030 (*Kenya Health Policy 2012-2030, 2012*), p. 21, <http://www.healthresearchweb.org/files/KenyaHealthpolicyfinalversion.pdf>.

²³⁶ “Durante la violencia poselectoral, se informó acerca de múltiples casos de violencia étnica y amenazas contra el personal de salud. Las turbas violentas no hicieron distinción entre personal médico y civiles cuando sacaron a la gente de sus viviendas y las quemaron hasta reducirlas en cenizas. Esto dio lugar a que muchos trabajadores de salud se desplazaran y llegarán a ser desplazados internos, 246 solo en el valle del Rift. Además, los médicos y enfermeros que pertenecían a la “tribu incorrecta” fueron atacados y amenazados cuando ejercían su labor, tanto por parte de sus colegas como de los pacientes. Como resultado de las amenazas concretas o percibidas se registró un número sin precedentes de solicitudes de transferencia a comienzos de 2008. Se considera que si otorga al personal de salud un estatuto jurídico especial y neutral y luego se imparte educación a la población sobre dicho estatuto, se podría prevenir que esto ocurra en el futuro. Por supuesto, esto exige que el personal de salud siempre actúe de manera neutral, pero se piensa que para garantizar esto se podría recurrir a las facultades disciplinarias de varios órganos regulatorios médicos”. Circular presidencial n.º 1 de 2008: Organización del Gobierno de la República de Kenia (Oficina del Presidente, 2008).

²³⁷ En la Ley de los Convenios de Ginebra se incorporan en la legislación de Kenia algunos elementos de los Convenios de Ginebra. En particular, en la sección 3, de la Ley se tipifican como delito las graves infracciones de los Convenios de Ginebra, como se define en el art. 50 del I Convenio de Ginebra, el art. 51 del II Convenio de Ginebra, el art. 130 del III Convenio de Ginebra y el art. 147 del IV Convenio de Ginebra. Entre los actos que se consideran constituyentes de infracciones graves en los Convenios, se incluyen el homicidio intencional, la tortura, el trato inhumano, y causar a las personas protegidas grandes sufrimientos o heridas graves físicas o mentales. De conformidad con los Convenios de Ginebra, son personas protegidas el personal médico y el personal de los hospitales. Como tales, cualquier persona que cometa uno de los actos arriba mencionados contra el personal de salud incurre en un delito de conformidad con la sección 3 de la Ley de los Convenios de Ginebra. La Ley de crímenes internacionales incorpora a nivel nacional partes del Estatuto de Roma. En la sección 6 (1) (c) de la ley se tipifican los “crímenes de guerra”, cuya definición es la misma que figura en el art. 8(2) del Estatuto de Roma. El lanzamiento intencional de ataques directos contra el personal que trabaja en la prestación de asistencia humanitaria o el empleo de los signos distintivos de los Convenios de Ginebra son algunos de los actos constituyentes de crímenes de guerra de conformidad con el Estatuto de Roma. Como tales actos también se prohíben en el derecho keniano de conformidad con la Ley de crímenes internacionales. En el Código penal keniano se tipifican como delito penal los actos como el asesinato, el homicidio, los ataques, las amenazas contra la vida y causar daños graves. Estos actos se prohíben en general y en todas las circunstancias, incluidas las emergencias. En el Código penal, el personal de salud como tal no está destacado como categoría que merece algún tipo de especial protección. Numerosas disposiciones del DIH relativas a la protección del personal de salud se incluyen en el manual *El derecho de los conflictos armados*, que es un manual de formación para las fuerzas de defensa de Kenia. Por lo demás, el personal médico de las fuerzas de defensa de Kenia está autorizado a portar armas pequeñas y ligeras para su protección personal.

a. Acceso al trabajo

Este ámbito atañe al viaje a la instalación de salud y a dicha instalación²³⁸. Se sugirieron las siguientes medidas:

- establecimiento de la identificación (tarjetas de identidad) para el personal de salud;
- mejora de la protección de seguridad que presta la policía, mediante el establecimiento de una obligación de escoltar al personal de salud durante las situaciones de violencia para protegerlos de los ataques en la carretera;
- aprobación de medidas para garantizar la evacuación del personal de salud en situaciones en las que ya no se puede garantizar la protección²³⁹.

b. Seguridad en el lugar de trabajo

Esto se refiere al entorno y al lugar de trabajo del personal médico. Se sugirieron las siguientes medidas:

- acceso a los recursos adecuados;
- aprobación de disposiciones jurídicas para la protección del personal médico en el ejercicio de su labor;
- aprobación de medidas adicionales de protección durante las emergencias y situaciones de conflicto;
- aprobación de procedimientos por los que se determine la manera de actuar del personal de ambulancias en el ejercicio de sus deberes²⁴⁰ (mediante el establecimiento de un procedimiento de informes).

c. Estatuto especial para el personal de salud

Este ámbito atañe al estatuto del personal de salud en el derecho de Kenia y sus repercusiones en su labor. En este sentido, es menester la aprobación de un estatuto jurídico especial que potencie la neutralidad del personal de salud.

3. Unidades y medios de transporte sanitarios

En situaciones de conflicto armado, la protección jurídica de las unidades y los medios de transporte sanitarios se dispone en la Ley de los Convenios de Ginebra y en la Ley de crímenes internacionales. En otras emergencias la protección de las unidades y medios de transporte sanitarios se abarca en la legislación nacional general²⁴¹.

La protección de las unidades y los medios de transporte sanitarios está socavada por la falta de definiciones jurídicas de “unidades sanitarias” y “medios de transporte sanitarios” en la Ley de los Convenios de Ginebra y en la Ley de crímenes internacionales. Careciéndose de tales definiciones, es incierto cuáles son exactamente los edificios y los vehículos que tienen derecho a la protección de

²³⁸ Uno de los mayores obstáculos con que se tropezó en el sistema de la salud en la violencia poselectoral de 2007-2008 era que el personal sanitario no podía ir a trabajar. Esto ocurrió en parte porque no había transporte público. En tanto que los centros de la salud organizaron el transporte para su personal, no se tomaron tales disposiciones para el personal de los establecimientos públicos; este tenía que usar sus propios vehículos. Aun así, el desplazamiento al lugar de trabajo y del lugar de trabajo se dificultaba por los frecuentes bloqueos viales colocados en los ejes principales.

²³⁹ Por ejemplo, en la inestable región del noreste de Kenia, se registraron casos en los que el personal sanitario que prestaba servicios para organizaciones no gubernamentales fueron evacuados por la respectiva organización, pero el personal de salud fue librado a su suerte.

²⁴⁰ Se enseña al personal de ambulancia a solicitar ayuda a la policía cuando responden a una llamada procedente de un vecindario particularmente peligroso o cuando, por ejemplo, hay una turba después de un partido de fútbol. Sin embargo, la policía no tiene ninguna obligación jurídica de atender a esa solicitud. Por lo tanto, este es un ámbito donde cabe una posible reforma jurídica. Además, no es clara la obligación jurídica del personal de ambulancias de salvar vidas. Como resultado de ello, una persona entrevistada informó de que se han registrado casos en los que el personal de ambulancias ha sido llevado a las comisarías para interrogarlo a raíz de la muerte de una persona a la que intentaron prestar asistencia. Para corregir esto, debería haber procedimientos establecidos en el derecho para el personal de ambulancias, acerca de cómo han de actuar en las diferentes circunstancias.

²⁴¹ En la Ley de los Convenios de Ginebra, sección 3, se tipifican las infracciones graves de los Convenios de Ginebra. Entre estas, la destrucción considerable de los bienes protegidos de conformidad con los Convenios de Ginebra. Son bienes protegidos las unidades, los medios de transporte sanitarios y los hospitales. Como tales el hecho de causar una destrucción considerable a las unidades y medios de transporte sanitarios durante un conflicto armado constituye un delito de conformidad con la sección 3 de la Ley de los Convenios de Ginebra. En la Ley de crímenes internacionales, sección 6 (1) (c), se tipifican los crímenes de guerra estipulados en el art. 8 (2) del Estatuto de Roma. Uno de esos crímenes de guerra son los ataques contra las unidades y medios de transporte sanitarios que prestan servicios en los desastres de índole humanitaria o el empleo de los emblemas de la cruz roja o de la media luna roja. Por ende, los ataques dirigidos a las unidades y medios de transporte sanitarios durante un conflicto armado están prohibidos en virtud de la sección 6 (1) (c) de la Ley de crímenes internacionales. En el Código penal de Kenia se tipifican como delitos penales actos tales como el incendio intencional, daños intencionales a los bienes y actos de sabotaje contra los bienes. Se entiende por bienes tanto los bienes muebles como inmuebles. En la Ley de tránsito se prohíbe el lanzamiento de objetos a los vehículos o a las personas en su interior de manera que pueden causar heridas o daños al vehículo. Tanto en el Código penal como en la Ley de tránsito estas acciones se prohíben en general y no se hace distinción alguna entre los edificios o vehículos ordinarios y los que albergan a las unidades sanitarias. Se incluyen numerosas disposiciones del DIH relativas a la protección de las unidades y medios de transporte sanitarios en el manual *El derecho de los conflictos armados*. Además, en la Ley de las fuerzas de defensa de Kenia se prohíbe a los miembros de dichas fuerzas destruir los bienes públicos y no públicos, por lo que cabe suponer que se incluyen las unidades sanitarias.

conformidad con ambas leyes. La definición de unidades y de medios de transporte sanitarios de conformidad con el derecho internacional se encuentra en el Protocolo adicional I, el cual ha sido ratificado por Kenia²⁴². En el artículo 2 (6) de la Constitución de Kenia se dispone que “[c]ualquier tratado o convenio ratificado por Kenia deberá formar parte de la legislación de Kenia”. Esencialmente, esto quiere decir que la definición de unidades y medios de transporte sanitarios en el Protocolo adicional I forma parte de la legislación de Kenia. Con fines de claridad y coherencia, esta definición debería incorporarse en la Ley de los Convenios de Ginebra y en la Ley de crímenes internacionales.

Es un particular punto débil en la protección de los medios de transporte sanitario el hecho de que Kenia carezca de un régimen jurídico que reglamente el uso de las ambulancias. Los medios de transporte sanitarios no son objeto de reglamentación y, por lo tanto, no se les otorga reconocimiento jurídico especial alguno para distinguirlos de los vehículos ordinarios. Con dicha finalidad, se deberían adoptar las siguientes medidas:

- aprobación y aplicación de una ley relativa a las ambulancias;
- aprobación de medidas de seguridad por las cuales se garantice la protección de las unidades y los medios de transporte sanitarios por la policía y otras instituciones gubernamentales²⁴³.

4. Protección de los heridos y los enfermos

En situaciones de conflicto armado, la protección jurídica de los heridos y los enfermos se dispone en la Ley de los Convenios de Ginebra. En otras emergencias, la protección de los heridos y los enfermos se abarca en la legislación nacional general²⁴⁴. Además de esta protección, cabe mencionar que la Política nacional para la gestión de desastres contiene un Código de conducta en el que se declara “el derecho a recibir asistencia durante los desastres es un principio humanitario fundamental del que deben gozar todos los ciudadanos de Kenia”²⁴⁵.

En las entrevistas mantenidas con las pertinentes partes interesadas, el principal problema aparente era el acceso a la asistencia de salud. Se convino en general en que para mejorar la protección jurídica de los heridos y los enfermos en tales situaciones, se debe velar por que los profesionales de la salud tengan acceso a ellos.

- Aprobación de un sistema especial para todo el país²⁴⁶ para facilitar el acceso de los heridos y los enfermos. Esto podría incluir normas o procedimientos en los que se disponga que todos los

²⁴² Véase art. 8 (e)-(g), Protocolo adicional I.

²⁴³ La Unidad de Seguridad de los Edificios Gubernamentales de la Policía Administrativa, que depende del Ministerio de Administración Provincial y Seguridad Interior, tiene el cometido de proteger los edificios e instalaciones gubernamentales. Actualmente la Unidad se ocupa principalmente de la protección de los edificios de dependencias gubernamentales, pero se sugirió que se le encargue concretamente también la protección de los hospitales en situaciones en que se requiere mayor seguridad.

²⁴⁴ En la sección 3 de la Ley de los Convenios de Ginebra se tipifican las infracciones graves de los Convenios de Ginebra. El homicidio, la tortura, el trato inhumano o heridas graves infligidas a las personas protegidas de conformidad con los Convenios de Ginebra son actos que constituyen una infracción grave. Entre las personas protegidas de conformidad con esos Convenios figuran los heridos y los enfermos. Como tales, cualquiera de los actos mencionados contra una persona que está herida o enferma es una infracción grave de los Convenios de Ginebra y un delito penal de conformidad con la sección 3 de la Ley de los Convenios de Ginebra.

En la Ley de crímenes internacionales, sección 6 (1) (c), se incorporan en la legislación nacional los crímenes de guerra que se definen en el art. 8 (2) del Estatuto de Roma. Uno de esos crímenes son los tratos crueles e inhumanos infligidos a una persona y, aunque no se estipula explícitamente, se incluye a los heridos y los enfermos. Del mismo modo, los tratos crueles e inhumanos de los heridos y los enfermos es un delito, de conformidad con la Ley de crímenes internacionales.

En el Código penal de Kenia se tipifican como delitos penales actos como el asesinato, el homicidio, el hecho de causar daños graves y los ataques, así como las amenazas contra la vida. Está prohibido cometer estos actos contra las personas en general, tanto en tiempo de paz como en situaciones de emergencia. Además, en la Constitución se dispone que “[t]odos tienen el derecho al más alto nivel posible de salud”, incluido un derecho general a los servicios de salud. También se considera que “no se negará el tratamiento médico de emergencia a una persona”, lo cual añade mayor protección para los heridos y los enfermos en situaciones de emergencia.

En el manual *El derecho de los conflictos armados*, figuran numerosas disposiciones del DIH relativas a la protección de los heridos y los enfermos. En el manual también se dispone la protección física de los heridos y los enfermos, puesto que se permite que el personal sanitario militar que les presta cuidados porte armas pequeñas para su defensa. El trato de los militares a los heridos y los enfermos también se reglamenta en la Ley de las fuerzas de defensa de Kenia, en la cual se prohíbe específicamente a los militares despojar a las personas heridas. En la ley también se dispone el castigo para los miembros de las fuerzas de defensa de Kenia que, fuera de Kenia, cometen “cualquier acto ilícito” en relación con la población civil. La expresión “acto ilícito” se define como “un acto contrario al derecho, al reglamento, a una orden legítima o la costumbre” y, si se comete en Kenia, probablemente sería del ámbito de aplicación del Código penal. En la Ley de las fuerzas de defensa de Kenia también se incluye el delito de conducta deshonrosa “de índole cruel, indecente o aberrante”.

²⁴⁵ En este contexto, se define el desastre como “una perturbación grave del funcionamiento de una comunidad o una sociedad que da lugar a pérdidas generalizadas humanas, materiales, económicas o medioambientales que sobrepasan la capacidad de la comunidad o sociedad afectada para hacerle frente con sus propios recursos”. Cabe esgrimir que esto incluiría todos los niveles de un conflicto y otras situaciones de emergencia. Pero, dado que se trata de un documento de política, carece de fuerza jurídica.

²⁴⁶ Entrevista mantenida con un profesor de cirugía en el Hospital Universitario y de Referencia de Moi, Nairobi, 28 de febrero de 2013.

hospitales, tanto privados como públicos, deben aceptar y prestar tratamiento a cualquier persona herida o enferma que solicita tratamiento en tales situaciones²⁴⁷.

- Sanción de los responsables de obstrucción del acceso a la asistencia de salud a los heridos y los enfermos.

5. *Los emblemas distintivos*

El uso de los emblemas se protege de conformidad con la Ley de la bandera nacional, emblemas y nombres, de 1963. En la nota jurídica n.º 487 de 1991, se inserta la Cruz Roja y la Media Luna Roja en la parte 1, anexo 1 de la ley, y se otorga con ello a los emblemas la misma protección que se otorga a la bandera nacional de Kenia. Esta protección se detalla en la sección 3 (1) de la ley y consiste en la prohibición del uso de los emblemas por cualquier empresa o profesión y en cualquier grafismo o producto a menos que se disponga de autorización específica del ministro.

En la sección 6 (1) (c) de la Ley de crímenes internacionales, se tipifican los crímenes de guerra establecidos en el Estatuto de Roma. Uno de esos crímenes es el uso indebido “de los emblemas distintivos de los Convenios de Ginebra” en tiempo de conflicto armado internacional²⁴⁸. En los Convenios de Ginebra se mencionan tanto la Cruz Roja como la Media Luna Roja y, por lo tanto, están protegidos en la Ley de crímenes internacionales.

En la Ley de la bandera nacional, emblemas y nombres se prohíbe el empleo de los emblemas de la cruz roja y de la media luna roja por cualquier empresa o profesión y en cualquier grafismo o producto, a menos que se disponga de autorización específica del ministro²⁴⁹. En esa ley no se otorga protección alguna al emblema del cristal rojo.

Sin embargo, la protección jurídica de los signos distintivos en Kenia no es lo suficientemente pormenorizada. Se deberían tomar las siguientes medidas:

- se debería disponer en la actual legislación que los emblemas pueden emplearse de conformidad con los Convenios de Ginebra;
- se deberían revisar las sanciones aplicables al uso no autorizado de los emblemas.

6. *Represión a nivel nacional*

En la legislación nacional de Kenia se disponen sanciones penales, disciplinarias y administrativas relativas a la protección del personal, unidades y medios de transporte sanitarios, de los heridos y los enfermos y del emblema.

a. **Sanciones penales**

En la Ley de los Convenios de Ginebra, sección 3, se dispone la represión de las infracciones graves de los Convenios de Ginebra, se cometan estas en Kenia o en otro lugar. De conformidad con esta disposición, una persona, sea nacional de Kenia o no, declarada culpable de homicidio intencional de una persona protegida bajo los Convenios de Ginebra será sancionada con prisión perpetua. Una persona declarada culpable de cualquier otra infracción grave de los Convenios de Ginebra será sancionada con una pena de prisión por un máximo de 14 años.

En la Ley de crímenes internacionales, sección 8, se otorga competencia a la Corte Superior para los crímenes de guerra cometidos en Kenia o en otro lugar, si el autor de la infracción o la víctima es un ciudadano de Kenia o si el autor se encuentra en el territorio del país. Cuando la base de la infracción es el homicidio intencional, se considera el delito asesinato y la acusación se formulará consiguientemente. En Kenia, el castigo por asesinato es la pena de muerte, a no ser que la persona acusada esté

²⁴⁷ Entrevista mantenida con un profesor de cirugía en el Hospital Universitario y de Referencia de Moi, Nairobi, 28 de febrero de 2013. Actualmente, aparte del indefinido derecho a la asistencia médica de emergencia que se dispone en la Constitución, los hospitales no tienen la obligación jurídica de recibir a los heridos y los enfermos. Muchos hospitales privados no aceptan casos de bienestar social y los envían al establecimiento público más cercano, el cual en una situación de emergencia estará probablemente abarrotado.

²⁴⁸ Estatuto de Roma, art. 8 (2) (b) (vii).

²⁴⁹ Ley de la bandera nacional, emblemas y nombres, 1963, sección 3.

embarazada²⁵⁰. Cuando la base de la infracción no es el homicidio intencional, el castigo máximo que se dispone es la prisión perpetua.

En el Código penal se disponen medidas de represión para los delitos contenidos en el mismo. El castigo por asesinato es la pena de muerte, a no ser que la persona que perpetró la infracción esté embarazada. La pena máxima por homicidio y daños graves es la pena perpetua, en tanto que el delito de ataque se castiga con hasta cinco años de cárcel²⁵¹. El castigo máximo por incendio intencional y destrucción de bienes es la prisión perpetua²⁵².

En la Ley de las fuerzas de defensa de Kenia se enumeran medidas represivas para los delitos que se abarcan en esa ley. Estas se aplican únicamente a los miembros de las fuerzas de defensa de Kenia o a los civiles que viajan con las fuerzas y han dado su consentimiento escrito de estar obligados por la dicha ley²⁵³. Tiene competencia sobre todos los delitos que abarca esta ley²⁵⁴. Las diversas penas se estipulan, por lo general, en la forma de un máximo de años de prisión, a lo cual sigue la frase “o cualquier otra pena de menor gravedad que se dispone en la presente ley”. Por ejemplo, la destrucción de propiedad implica un máximo de siete años de prisión o cualquier otra pena de menor gravedad, en tanto que la pena por conducta deshonrosa de índole cruel, indecente o aberrante se castiga con una pena máxima de 10 años de prisión o cualquier otra pena de menor gravedad²⁵⁵. El asesinato implica la pena de muerte, pero la pena no se puede ejecutar previamente a la aprobación por el presidente de la sentencia de la Corte Marcial²⁵⁶.

En Kenia, se considera la Corte Marcial subordinada a las Cortes Superiores, especialmente la Corte Superior, la Corte de Apelación y la Corte Suprema (enumeradas en nivel jerárquico creciente)²⁵⁷. Por lo tanto, los recursos de apelación procedentes de una Corte Marcial pueden interponerse ante la Corte Superior y, después, si procede, ante las otras cortes superiores²⁵⁸. El director del Ministerio Público también puede interponer un recurso de apelación ante la Corte Superior para impugnar una absolucón dictada por una Corte Marcial.

b. Sanciones disciplinarias

En la Ley de las fuerzas de defensa de Kenia se disponen medidas disciplinarias para algunos de los delitos que se abarcan en esa ley. En el caso de un delito que no implica la pena de prisión, el acusado puede elegir entre una Corte Marcial que conozca de los cargos que se presentan contra él o por vía sumaria. Entre los castigos que pueden imponerse en una audiencia sumaria, figuran la destitución del miembro de las fuerzas, la amonestación y multas²⁵⁹.

c. Sanciones administrativas

Según el artículo 22 (1) de la Constitución, los individuos tienen derecho a presentar una demanda judicial si se han conculcado sus derechos constitucionales. Las diligencias pueden ser incoadas por la víctima, por alguien que actúa en su nombre o por alguien que actúa en el interés público²⁶⁰. En respuesta a dicha acción, la Corte Superior puede emitir una declaración de derechos, una orden, una medida cautelar o establecer una indemnización²⁶¹. Sin embargo, los derechos constitucionales relativos a la asistencia de salud son sumamente imprecisos y carecen de criterios exactos para el acceso a la asistencia médica de emergencia. En la Constitución tampoco se estipula exactamente en qué consisten los “servicios de salud”. Por ende, resulta muy difícil hacer responsable al Gobierno de Kenia por cualquier omisión relativa al derecho a la asistencia de salud y será muy difícil llegar a cualquier tipo de decisión judicial sobre el particular.

²⁵⁰ Código penal de Kenia, 1930, secciones 204 y 211.

²⁵¹ Código penal de Kenia, 1930, secciones 205, 234 y 250.

²⁵² Código penal de Kenia, 1930, secciones 235, 332 y 339.

²⁵³ Ley de las fuerzas de defensa de Kenia, 2012, secciones 4 y 5.

²⁵⁴ Ley de las fuerzas de defensa de Kenia, 2012, sección 162.

²⁵⁵ Ley de las fuerzas de defensa de Kenia, 2012, secciones 87 (2) y 120.

²⁵⁶ Ley de las fuerzas de defensa de Kenia, 2012, sección 184.

²⁵⁷ Constitución de Kenia, 2010, arts. 162 (1) y 169 (1) (c).

²⁵⁸ Ley de las fuerzas de defensa de Kenia, 2012, sección 186.

²⁵⁹ Ley de las fuerzas de defensa de Kenia, 2012, secciones 155 y 156.

²⁶⁰ Constitución de Kenia, 2010, art. 22 (2).

²⁶¹ Constitución de Kenia, 2010, art. 23 (3).

7. La ética y la confidencialidad médicas

Algunos de los órganos reguladores médicos estatutarios en Kenia han elaborado códigos de conducta para los profesionales bajo su control. En estos códigos se hace referencia a la ética médica. Los profesionales de la salud tienen la obligación jurídica de adherirse al código del órgano regulador en el cual están inscritos. La omisión de hacerlo da lugar a una acción disciplinaria, incluida la cancelación de su inscripción en el registro²⁶².

El *Código de conducta y disciplina profesional* es aplicable a los médicos, dentistas y profesionales sanitarios²⁶³. Contiene la Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial²⁶⁴ y el Código Internacional de Ética Médica²⁶⁵. El Código de ética y conducta para enfermeros en Kenia del Consejo de Enfermeros de Kenia es aplicable a todos los enfermeros en Kenia²⁶⁶. La Junta de Farmacia y Tóxicos no ha elaborado un código de conducta; pero, la Sociedad Farmacéutica de Kenia ha publicado un código de ética. El personal de salud militar debe adherirse al código de conducta del órgano regulador de la profesión médica al cual pertenecen²⁶⁷.

MÉXICO

1. El sistema de salud en México

Se dispone que la salud es un derecho constitucional²⁶⁸. La finalidad del Sistema Nacional de Salud es prestar servicios de salud²⁶⁹ a toda la población. Los servicios de salud que se prestan en establecimientos de salud pública se basan en los criterios de universalidad, acceso gratuito según las condiciones sociales y económicas²⁷⁰ y no discriminación²⁷¹.

En México, los servicios de salud se prestan en concurrencia entre la Federación y las entidades federativas. Así pues, la actividad médica está sujeta a:

1. la Ley de salud;
2. la Ley regulatoria del artículo 5 de la Constitución (Ley sobre las profesiones);
3. la base de coordinación entre las autoridades de la salud y de la educación;
4. las leyes del Estado sobre estos asuntos.

El Sistema Nacional de Información en Salud constituye una herramienta de interés, elaborada por la Federación, cuya finalidad es determinar los criterios necesarios para obtener, integrar, organizar, procesar y analizar la información relativa a la salud (población, cobertura, recursos disponibles, amenazas a la salud y evaluación de los resultados del Sistema Nacional de Salud)²⁷².

La reglamentación nacional mexicana para las situaciones de conflicto armado es dispersa y escasa²⁷³. En la reglamentación relativa al personal, unidades y medios de transporte sanitarios no se hace referencia a régimen especial alguno. El único contexto de emergencia en México que ha sido objeto de reglamentación es la protección civil durante las situaciones de desastre²⁷⁴. En la Ley de protección civil se define el desastre como el "resultado de la ocurrencia de uno o más agentes perturbadores severos o extremos, concatenados o no, de origen natural, de la actividad humana o aquellos provenientes del espacio exterior, que cuando acontecen en un tiempo y en una zona determinada,

²⁶² Véanse Ley sobre enfermeros, 1983, sección 18 A, 1), f) y Ley sobre profesionales sanitarios (formación, registro y concesión de licencias), 1989, sección 15 (1).

²⁶³ Junta de profesionales médicos y dentistas, *The Code of Professional Conduct and Discipline*, 6th ed., MPD Board, 2012.

²⁶⁴ Declaración de Ginebra de la AMM, aprobada por la 2.ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Ginebra, Suiza, septiembre de 1948. Disponible en: <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/g1/index.html>.

²⁶⁵ Código Internacional de Ética Médica, AMM, aprobado por la 3.ª Asamblea General de la Asociación Médica Mundial, Londres, Inglaterra, octubre de 1949. Disponible en <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/c8/index.html>.

²⁶⁶ Consejo de Enfermeros de Kenia, *Code of Ethics and Conduct for Nurses in Kenya* (2nd ed., NCK 2012).

²⁶⁷ Código de Conducta y Ética de las fuerzas armadas, parte III: Código general de conducta y ética, sección 9(d).

²⁶⁸ Constitución Política de los Estados Mexicanos, art. 4.

²⁶⁹ Por servicios de salud se entienden "todas aquellas acciones realizadas en beneficio del individuo y de la sociedad en general, dirigidas a proteger, promover y restaurar la salud de la persona y de la colectividad". Estos servicios también incluyen la promoción, la prevención, la diagnosis, el tratamiento, la rehabilitación y los servicios médicos y farmacéuticos del hospital.

²⁷⁰ Ley General de Salud, art. 35.

²⁷¹ Ley General de Salud, art. 77 bis 1 y 77 bis 36.

²⁷² Sistema Nacional de Información en Salud.

²⁷³ México no ha ratificado el Protocolo adicional II.

²⁷⁴ Ley General de Protección Civil.

causan daños y que por su magnitud exceden la capacidad de respuesta de la comunidad afectada²⁷⁵. Entre los varios agentes perturbadores, hay dos categorías que revisten interés: *el fenómeno antropogénico* y *el fenómeno socio-organizativo*. El primero se define como un agente perturbador producido por la actividad humana y el segundo, como un agente perturbador que se genera con motivo de errores humanos o por acciones premeditadas, que se dan en el marco de grandes concentraciones o movimientos masivos de población, tales como: demostraciones de inconformidad social, concentración masiva de población, terrorismo, sabotaje, vandalismo, accidentes aéreos, marítimos o terrestres, e interrupción o afectación de los servicios básicos o de infraestructura estratégica²⁷⁶.

Durante una situación de emergencia, es obligatorio dar prioridad a la protección de la vida, la salud y la seguridad de la población. Si es inminente la ocurrencia de un agente perturbador y este supone una amenaza a la vida y la integridad, el Ministerio del Interior puede emitir una declaración de emergencia para proporcionar el urgente apoyo necesario. La aprobación de una declaración no debe tardar más de cinco días y la asistencia ha de empezar al siguiente día de haberse emitido la autorización.

México es uno de los pocos Estados en los cuales se establece la protección de la misión médica mediante la legislación nacional sobre la protección del emblema²⁷⁷.

2. Protección de los heridos y los enfermos, del personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios

Las víctimas de situaciones de emergencia o de accidentes tienen el derecho a recibir asistencia de salud inmediatamente y a ser trasladadas a los más cercanos establecimientos de salud. Incumbe a los establecimientos de salud públicos y privados y al Ministerio Público la obligación jurídica de garantizar el acceso, la atención y el traslado de los pacientes²⁷⁸.

Por lo que respecta a la protección de la misión médica, la Ley sobre la protección del emblema proporciona la siguiente definición de la misión médica:

*Comprende el conjunto de personas, unidades, medios de transporte, equipos, materiales y actividades, transitorios o permanentes, fijos o móviles, de destinación exclusiva y necesarios para la administración, el funcionamiento y la prestación de servicios médico-asistenciales, en las áreas de prevención y promoción, atención y rehabilitación a las personas*²⁷⁹.

En la Ley sobre la protección del emblema, se incluye un capítulo sobre el establecimiento de medidas de control y sanciones. Sin embargo, en la ley se imponen sanciones administrativas solo a la persona que use el emblema de la cruz roja, los signos distintivos, el nombre "Cruz Roja" o cualquier imitación que pueda inducir en confusión con el emblema protegido por la ley. Por último, es importante señalar que en la ley no se otorga protección específica a la misión médica, dado que no hay sanciones para cualquier ataque contra esta.

En la Ley sobre la protección del emblema solo se hace referencia a la inviolabilidad de la misión médica durante un conflicto armado. Por ende, la protección del emblema en situaciones de emergencia es menos específica.

En el Reglamento de la Ley de salud se define el "establecimiento para la atención médica" como "todo aquel público, social o privado, fijo o móvil, cualquiera que sea su denominación, que preste servicios de atención médica (ambulatoria o internamiento de enfermos), excepto consultorios"²⁸⁰.

²⁷⁵ Art. 2-VXI de la Ley General de Protección Civil.

²⁷⁶ Véase art. 2, secciones XX y XXVII.

²⁷⁷ Ley para el Uso y Protección del Emblema de la Cruz Roja.

²⁷⁸ Ley General de Salud, art. 56.

²⁷⁹ Ley para el Uso y Protección de la Denominación y del Emblema de la Cruz Roja, art. 3-XII.

²⁸⁰ Reglamento de la Ley General de Salud, art. 7-III. En el Reglamento de la Ley General de Salud también se reglamentan los consultorios (arts. 56 y 58).

3. Represión penal

Los reglamentos federales abarcan los siguientes crímenes:

- violación de los deberes de humanidad²⁸¹;
- delitos cometidos contra servidores públicos (para los casos en que la misión médica está adscrita a una institución pública)²⁸²;
- desaparición forzada de personas²⁸³;
- amenazas²⁸⁴;
- heridas²⁸⁵;
- homicidio²⁸⁶;
- abandono de personas²⁸⁷;
- privación de libertad ilegal²⁸⁸;
- extorsión²⁸⁹.

De esta lista de delitos, solo en el primero (violación de los deberes de humanidad) se hace referencia a los actos que pueden ocurrir durante un conflicto armado y se estipula que a quien viola los deberes de humanidad en relación con los prisioneros o rehenes de guerra, los heridos, los centros de transfusión de sangre, se le aplicará la pena de prisión de tres a seis años, excepto lo dispuesto para casos especiales en las leyes militares²⁹⁰.

En el Código de justicia militar se castiga a quien, sin exigencia extrema de las operaciones de la guerra, ataca hospitales, ambulancias o asilos de beneficencia que están señalados con sus signos establecidos, o cuyo carácter puede reconocerse a lo lejos. La pena es doce años de prisión²⁹¹.

4. Protección del emblema

México tiene una ley relativa al uso y la protección del emblema de la cruz roja. Sin embargo, los reglamentos de esta ley aún están en proceso de elaboración.

En la ley se define el emblema de conformidad con el I Convenio de Ginebra y se establecen dos tipos de uso reconocidos en dicho Convenio: indicativo y protector²⁹². También se dispone quién tiene derecho a usar el emblema, los medios para hacerlo visible, así como las normas por las que se rige su autorización por el secretario de la Defensa Nacional.

El secretario de la Defensa Nacional está encargado de autorizar el uso del emblema de la cruz roja. Cuando se ha otorgado la autorización, el personal sanitario y religioso de las fuerzas armadas, la Cruz Roja Mexicana, las sociedades de ayuda, los hospitales civiles y los buques civiles, los medios de transporte y las zonas médicas tienen derecho a emplear el emblema.

Las sanciones administrativas, como las multas, se imponen por causa de uso no autorizado del emblema y de cualquier imitación que pueda dar lugar a confusión.

²⁸¹ Código Penal Federal, art. 149.

²⁸² Código Penal Federal, art. 189.

²⁸³ Código Penal Federal, arts. 215-A a 215-D.

²⁸⁴ Código Penal Federal, art. 282.

²⁸⁵ Código Penal Federal, arts. 288-301.

²⁸⁶ Código Penal Federal, arts. 302-308 y 310-325.

²⁸⁷ Código Penal Federal, art. 335.

²⁸⁸ Código Penal Federal, art. 364.

²⁸⁹ Código Penal Federal, art. 390.

²⁹⁰ Código Penal Federal, art. 149: "Al que violare los deberes de humanidad en los prisioneros y rehenes de guerra, en los heridos, o en los hospitales de sangre, se le aplicará por ese sólo hecho: prisión de tres a seis años, salvo lo dispuesto, para los casos especiales, en las leyes militares".

²⁹¹ Código de Justicia Militar, art. 209: "Se castigará con la pena de doce años de prisión al que, sin exigencia extrema de las operaciones de la guerra, incendie edificios, devaste sementeras, saquee pueblos o caseríos, ataque hospitales, ambulancias o asilos de beneficencia dados a conocer por los signos establecidos, o cuyo carácter pueda distinguirse a lo lejos de cualquier modo, o destruya bibliotecas, museos, archivos, acueductos u obras notables de arte; así como vías de comunicación".

²⁹² Uso protector del emblema: se autoriza el uso del emblema a las personas, bienes, unidades, medios de transporte y material sanitarios que desempeñan actividades en un conflicto armado.

Uso indicativo del emblema: personas y bienes que están relacionados con uno o varios componentes del Movimiento Internacional.

En la Ley de salud se hace referencia a la educación sobre el respeto debido al personal sanitario y sus actividades y la importancia que reviste, y se destaca el aspecto del respeto debido a la misión médica y la protección de esta.

5. La ética y la confidencialidad médica: un sistema de confidencialidad absoluta

En el Código Federal de Procedimientos Penales, se dispone que las personas tales como los profesionales de la salud o los servidores públicos que están vinculados jurídicamente al deber de la confidencialidad de los datos médicos no pueden verse obligados a declarar acerca de cualquier información recibida, de su conocimiento o que obre en su poder²⁹³. Más específicamente, los cirujanos o especialistas no pueden declarar sobre la salud de sus pacientes²⁹⁴. Los fiscales y los jueces tienen la obligación de rechazar la admisión de cualquier comunicación que viole la obligación de confidencialidad.

Las historias clínicas siempre deberán tratarse con discreción y confidencialidad, de conformidad con los principios científicos y éticos. Se pueden revelar a terceros únicamente tras una orden emitida por las autoridades judiciales, administrativas o de salud, o la Comisión Nacional de Arbitraje Médico o una Comisión Estatal de Arbitraje Médico.

Las cortes federales (en lo civil) han decidido que la confidencialidad profesional está vinculada al derecho a la privacidad. Las personas vinculadas jurídicamente al deber de la confidencialidad de los datos médicos no pueden revelar información a la cual tienen acceso en el ejercicio de su profesión. Así pues, no están obligados a declarar como testigos.

NEPAL

1. El sistema de salud en Nepal

En el artículo 16 (2) de la Constitución provisional de Nepal, se garantiza como un derecho fundamental de cada ciudadano el derecho a los servicios básicos de salud. También se dispone que el Estado ha de prestar gratuitamente los servicios básicos de salud, que constituyen un derecho que se complementa directa o indirectamente con una serie de leyes, normas y reglamentos²⁹⁵. Bajo el Ministerio de Salud y Población, compete al Departamento de Servicios de Salud la administración de los servicios de salud pública, en especial los hospitales centrales, regionales, subregionales y distritales, los centros de atención primaria de salud y centros de salud, las tiendas de suministros médicos, postas de salud y clínicas. Todos pueden tener acceso a estos establecimientos sin cumplir formalidad alguna; la mayoría de dichos establecimientos prestan servicios de salud gratuitos. Los hospitales privados y administrados por organizaciones no gubernamentales, las residencias de tercera edad y los colegios de médicos también son accesibles a todos, pero cobran tarifas más altas.

De conformidad con la ley de (socorro en caso de) catástrofe natural de 1982 se autoriza a las organizaciones humanitarias prestar asistencia a los heridos y los enfermos con el previo asenso del Gobierno (excepto para los representantes de la Cruz Roja Nepalesa y los Scouts de Nepal, que son miembros de oficio del Comité Central de Socorro en Caso de Catástrofe Natural). Según la Ley de (socorro en caso de) catástrofe natural, las sociedades de ayuda pueden recibir autorización para efectuar actividades como la evacuación de personas o bienes y productos básicos de las zonas de desastre a las áreas seguras, y preservar de la destrucción tierras, viviendas, fábricas, templos, santuarios,

²⁹³ Código Federal de Procedimientos Penales, art. 243 bis-IV.

²⁹⁴ Código Federal de Procedimientos Penales, art. 243 bis-V.

²⁹⁵ Capítulo sobre el tratamiento médico, del Código general (Muluki Ain), 1964; Ley de control de la viruela, 1964; Ley de enfermedades infecciosas, 1964; Ley relativa al Consejo Médico de Nepal, 1964; Ley sobre fármacos, 1978; Ley relativa al Consejo Ayurvédico de Nepal, 1988; Ley relativa al Consejo de Investigación Sanitaria de Nepal, 1991; Ley sobre sustitutos de la leche materna (control de comercialización), 1992; Ley relativa al Instituto de ciencias de la salud B.P. Koirala, 1992; Ley relativa al hospital de oncología Memorial B.P. Koirala, 1997; Ley de servicios de salud de Nepal, 1997; Ley relativa al Consejo de profesionales de la salud de Nepal, 1997; Ley relativa al Consejo de Enfermería de Nepal, 1997; Ley de trasplante de órganos humanos (reglamento y prohibición), 1998; Ley relativa al Centro de Cardiología Sahid Gangalal, 2001; Ley relativa al Consejo de Farmacia de Nepal, 2001; Ley relativa a la Academia nacional de ciencias médicas, 2007; Ley relativa a la Academia de Ciencias de la Salud de Patan, 2008; y por último, pero no menos importante, la Ley relativa a la seguridad del personal y de las instituciones de salud, 2010, así como las normas y los reglamentos contenidos en dichas leyes.

lugares de culto y otros bienes y lugares significativos, o tomar las medidas de seguridad necesarias para la protección de la vida de las personas, así como de los bienes personales.

En el artículo 144 (6) de la Constitución provisional se dispone que en situaciones de conflicto armado o de otras emergencias, el presidente puede, tras recomendación del Gobierno de Nepal (Consejo de Ministros), “emitir órdenes que sean necesarias para satisfacer las exigencias”. Las órdenes así emitidas serán operativas con fuerza de ley en tanto que sea efectivo el estado de emergencia.

Nepal ha elaborado un marco jurídico nacional para la medicina ayurvédica. De conformidad con la Organización Mundial de la Salud (OMS), “la política del Gobierno, que estriba en planes quinquenales, comprende un sistema de servicios integrados de salud en los que se practica tanto la medicina alopática como ayurvédica. Las clínicas ayurvédicas se consideran parte de los servicios básicos de salud, y hay una sección encargada de medicina ayurvédica en la Dirección General de Servicios de Salud. En los programas para los servicios de salud incluidos en el quinto plan quinquenal, se disponen cuatro hospitales ayurvédicos, uno en cada una de las cuatro regiones de desarrollo. La Unidad Farmacéutica Gubernamental Ayurvédica trabaja para proporcionar medicamentos económicos”²⁹⁶.

2. Protección del personal de salud

En situaciones de emergencia, los profesionales de la salud en Nepal gozan de la protección que les otorga la Ley de protección de profesionales de la salud y la Ley de protección de los establecimientos de salud, de 2010. En tanto que en la legislación nacional no se considera explícitamente otorgar especial protección a los trabajadores de salud durante conflictos armados y otras emergencias, los trabajadores de salud pueden solicitar tal protección de conformidad con la Ley de profesionales de la salud y la Ley de protección de los establecimientos de salud. Sin embargo, la seguridad en el empleo está bien protegida por las respectivas leyes sobre servicios, por ejemplo, la Ley de servicios de salud de Nepal, de 1997.

En una serie de leyes se define a los que cumplen los requisitos para servir como personal de salud. Por ejemplo, de conformidad con la Ley del Consejo Médico, de 1964 y la Ley del Consejo de Enfermería, de 1966, el Consejo Médico de Nepal y el Consejo de Enfermería disponen los exámenes de cualificación para médicos y enfermeros, respectivamente. Asimismo, en la Ley del Consejo Médico Ayurveda, de 1987, la Ley del Consejo de Profesionales de la Salud de Nepal, de 1997, y la Ley del Consejo Farmacéutico de Nepal, de 2000, se dispone el establecimiento de los respectivos consejos para la cualificación y la reglamentación de las profesiones de que se trata. Incumbe a los sendos consejos, instituidos bajo la Ley del Consejo Médico de Nepal, de 1964, la Ley del Consejo de Enfermería, de 1966, la Ley del Consejo Médico Ayurveda de 1987, la Ley del Consejo de Profesionales de la Salud, de 1997, y la Ley del Consejo Farmacéutico de Nepal, de 2000, la responsabilidad de autorizar y controlar las respectivas actividades médicas. En el sector público, el Ministerio de Salud y Población está encargado de la autorización y el control del personal de salud que trabaja bajo la Ley de servicios de salud de Nepal, de 1997. Son nombrados por el Ministerio de Salud y Población bajo recomendación de la Comisión de Servicio Público.

El personal de salud efectúa tratamientos, diagnosis, prevención de enfermedades y cualquier otra actividad relativa a la salud. La expresión “profesional de la salud” se refiere a la persona que ha obtenido un mínimo de cualificación, permiso o licencia y que está inscrita en el respectivo consejo de su profesión y trabaja en el sector de la salud. En un capítulo del Código general de 1964 relativo al tratamiento médico, se disponen directrices generales para determinar qué profesional puede realizar determinado tipo de tratamiento médico. También se protegen los derechos de los profesionales de la salud y se les hace responsables por cualquier negligencia o imprudencia. En el artículo 12 (3) (f) de la Constitución provisional, se protege la libertad de practicar cualquier profesión y trabajar en cualquier ocupación como derechos fundamentales de los ciudadanos de Nepal. En el artículo 32 de la Constitución provisional, se garantiza el recurso por violaciones de ese derecho.

²⁹⁶ OMS, *Legal Status of Traditional Medicine and Complementary/Alternative Medicine: A Worldwide Review*, WHO, 2001, p. 148.

En la sección 3 de la Ley de seguridad de los trabajadores de salud y las organizaciones de salud, de 2010, se dispone, en general, sin mencionar específicamente las situaciones de conflicto armado o de otras emergencias, que nadie cometerá o dará lugar a que se cometan cualquiera de los siguientes actos:

- (a) sitiar, infligir malos tratos o someter a un trato degradante a cualquier trabajador de salud en relación con el tratamiento médico;
- b) destruir cualquier establecimiento médico o ponerle fuego, o cometer cualquier acto similar.

En la sección 4 de dicha ley se dispone que si alguien comete o intenta cometer cualquier acto contra un trabajador de salud o establecimiento de salud en contravención de la sección 3, dicho trabajador de salud o la organización de salud pueden cursar una solicitud de seguridad a la administración local.

En el derecho nepalés no se dispone que los profesionales de salud deban perder su protección por el mero hecho de desempeñar sus deberes profesionales durante los conflictos armados u otras emergencias. No obstante, se expresó que durante el conflicto armado interno, las fuerzas de seguridad gubernamentales advirtieron verbalmente al hospital local Miteri que no había de prestar servicios a los miembros del (entonces) grupo rebelde maoísta en el futuro, y, según la información de los medios de comunicación, se advirtió a los profesionales de la salud que trabajaban en el servicio gubernamental que no les pusieran a disposición medicamentos y demás equipos médicos. No obstante, no se han registrado casos a nivel nacional de profesionales de salud hayan sido investigados por haber prestado asistencia de salud a la otra parte en situaciones de conflicto armado o de otras emergencias.

A fin de mejorar la protección de los trabajadores de salud durante los conflictos, el derecho debería reconocer explícitamente el carácter neutral y humanitario de las profesiones de la salud y exigir que se respeten y protejan en todas las circunstancias en el ejercicio de su deber. Antes de hacer enmiendas en la legislación nacional, se debería sensibilizar ampliamente en los medios de comunicación sobre el hecho de que los profesionales de la salud gozan de la protección jurídica y se debería informar a la población sobre las prácticas idóneas en otros países por lo que respecta a este ámbito.

3. Protección de las unidades y los medios de transporte sanitarios

Desde el punto de vista administrativo de Nepal, para obtener la cualificación de "unidad sanitaria", dicha unidad debería haber obtenido la autoridad jurídica con una estructura, personal médico profesional cualificado y equipo sanitario, así como un ámbito de servicios específico y determinado. En general, los profesionales médicos principales se encargan de la autorización y del control de las unidades médicas. Durante las emergencias y las situaciones de desastre natural, desempeñan sus funciones bajo la dirección y el control del Ministerio de Asuntos Interiores.

El Consejo de Ministros aprueba la estructura institucional de las unidades médicas del ejército de Nepal, la policía armada y la policía de Nepal. En situaciones de desastre y otras emergencias, el Ministerio de Salud y Población puede constituir unidades médicas y desplegar personal de salud del Servicio de Salud de Nepal bajo la función directiva general del Ministerio de Asuntos Interiores. Si es necesario, el ejército de Nepal, la policía armada y la policía de Nepal también pueden establecer una unidad sanitaria especial.

Los medios de transporte sanitarios no son objeto de sistema específico organizado alguno y no hay normas o directrices específicas que puedan considerarse tales. No se requiere autoridad específica alguna para los medios de transporte sanitarios. Sin embargo, el ejército de Nepal, la policía de Nepal, el Ministerio de Salud y la Cruz Roja Nepalesa pueden desempeñar tales funciones durante las emergencias a raíz de desastres.

Por lo que atañe al respeto y a la protección de las unidades y medios de transporte sanitarios, aunque no se definen específicamente en el derecho, se puede estipular que "respetar" las unidades y medios de transporte sanitarios significa no obstaculizarles el desempeño de su cometido o sus funciones y "protegerlos" significa disponer los recursos eficaces en caso de disturbios o violaciones. No hay

disposición alguna relativa a la pérdida de la protección de las unidades y medios de transporte sanitarios.

4. Protección de los heridos y los enfermos

En el Manual del ejército de Nepal sobre el derecho de los conflictos armados, que contiene directrices de referencia para el ejército de Nepal, se estipula que las personas que están fuera de combate y quienes no participan directamente en las hostilidades tienen derecho al respeto de su vida, moral e integridad física. Se debe protegerlas y han de recibir un trato humano sin distinción desfavorable. Queda prohibido matar o herir al enemigo que se rinde o que está fuera de combate. Los combatientes y civiles capturados tienen derecho al respeto de su vida, dignidad, derechos personales y convicciones y han de ser protegidos contra todos los actos de violencia y represalias. Tienen el derecho a mantener correspondencia con sus familiares y recibir socorro.

En el Manual del ejército de Nepal también se instituye la obligación de buscar, recoger y evacuar a los enfermos, los heridos y los muertos sin distinción o prejuicios. Los heridos y los enfermos deben recibir, en la mayor medida posible, la asistencia médica que su condición requiere, la prioridad de tratamiento se determinan únicamente por razones médicas, y deben ser protegidos de malos tratos o robo de sus bienes personales. En la Ley de (socorro en caso de) catástrofe natural se contempla la exigencia de prestar asistencia especial a los heridos y los enfermos, pero no se especifica la índole.

En el Manual del ejército de Nepal sobre el derecho de los conflictos armados, se estipula que estas disposiciones son aplicables a los miembros del ejército de Nepal. Sin embargo, sus disposiciones son disposiciones jurídicas no vinculantes, este manual ofrece solo directrices y no hay legislación específica en la que se disponga quién tiene la obligación de prestar tratamiento y proteger a los heridos y los enfermos en situaciones de conflictos armados y otras emergencias. De manera general, el derecho de los derechos humanos prohíbe la tortura, los tratos inhumanos y degradantes y los castigos. En la Constitución provisional se protege la dignidad humana, se declara la abolición de la pena de muerte y se prohíbe la tortura física y mental, y en la Ley de indemnización por tortura, de 1996, se garantiza la indemnización para las víctimas. Pero, se requiere la promulgación de legislación nacional para la aplicación de los Convenios de Ginebra, a fin de mejorar la protección jurídica de los heridos y los enfermos. El avance más reciente es que la Corte Suprema de Nepal ha emitido órdenes para que el Gobierno presente leyes al Parlamento con objeto de dicha aplicación.

5. Protección de los signos distintivos

En una decisión ejecutiva del Ministerio de Salud y Población, se prohíbe el uso péfido y el uso abusivo del signo distintivo reconocido en los Convenios de Ginebra y se dispone la imposición de multas y otras sanciones disciplinarias. También se puede recurrir al Manual del ejército de Nepal sobre el derecho de los conflictos armados para las medidas disciplinarias. Sin embargo, aún debe promulgarse la legislación jurídicamente vinculante relativa a la protección del empleo correcto de los signos distintivos. Aunque en el derecho nacional no se especifica a quién compete el control y el uso de los signos distintivos, la protección del emblema atañe tanto al Ministerio de Defensa como al Ministerio de Salud y Población.

6. La ética y la confidencialidad médicas

De conformidad con la sección 7 A (1) y (2) de la Ley del Consejo Médico, de 1964, este Consejo tiene la responsabilidad de emprender acción contra los médicos que violan la ética de su profesión y ha de cancelar su inscripción o licencia como se dispone en la ley. En la norma 22 del Reglamento del Consejo Médico, de 1967, se estipula un detallado código de conducta y ética para los médicos. En particular, se dispone que los médicos no deben revelar a terceros, excepto por orden de la corte, la información confidencial proporcionada por un paciente durante un tratamiento.

ANEXO 2. LISTA DE PARTICIPANTES

Taller de expertos sobre la Asistencia de salud en peligro: marcos normativos nacionales, 29-31 de enero de 2014					
País	Apellidos	Nombres	Función	Empleador	
Argentina	Sandri Fuentes	Annabella	Asesora jurídica	Ministerio de Defensa de Argentina	
Australia	Quinn	Todd	Asesor jurídico	Embajada de Australia en los Países Bajos	
Australia	Skillen	Geoff	Presidente, Comité DIH	Cruz Roja Australiana	
Brasil	Freitas de Oliveira	Eduardo	Segundo secretario	Ministerio de Relaciones Exteriores	
Canadá	MacGregor	Bruce	Asistente adjunto, Grupo consultivo mixto de Operaciones	Fuerzas armadas canadienses	
Chile	Ferrada-Walker	Luis Valentín	Asesor en Derecho Internacional	Ministerio de Defensa Nacional de Chile	
Colombia	Caicedo Trujillo	Adriana	Asesora jurídica	CICR – Colombia	
Côte d'Ivoire	Ako	Yapi Eloi	Subdirector de la Legislación	Ministerio de Justicia de Côte d'Ivoire	
Cuba	Casares Benites	Dennis	Primer secretario	Ministerio de Relaciones Exteriores de la República de Cuba	
Rep. Dem. del Congo	Balanda	Gérard Mikuin Leliel	Profesor y abogado	Universidad de Kinshasa y Universidad protestante de Congo	
Egipto	Shokry	Dina	Prof. de medicina forense y toxicología	Facultad de medicina – Universidad El Cairo	
Irán	Hosseini	Amir Hossein	Director adjunto	Ministro de Asuntos Exteriores de Irán	
Irán	Mohammadi Araghi	Mohammad Shahabeddin	Secretario	Sociedad de la Media Luna Roja de la República Islámica de Irán	
Kenia	Njau-Kimani	Maryann	Jefe, Departamento de Justicia	Fiscalía General y Departamento de Justicia	
Lesoto	Ketsi	Tseliso	Funcionario jurídico	Ministro de Defensa de Lesoto	
Liberia	Coleman	Peter	Presidente	Senado de Liberia	
Nepal	Sharma	Bhesh Raj	Secretario	Ministerio de Derecho, Justicia, Asamblea Constituyente y Asuntos Parlamentarios	
Níger	Ibrahim	Amadou Lamine	Director de legislación y de lo contencioso	Ministerio de Salud Pública del Níger	
Noruega	Aasland	Kjetil	Ministro consejero	Misión Permanente de Noruega en Ginebra	
Noruega	Harlem	Mads	Jefe de Doctrina y Derecho Internacional	Cruz Roja Noruega	
Perú	Percy Rudy	Montes Rueda	Director general	Ministerio de Salud	

Taller de expertos sobre la Asistencia de salud en peligro: marcos normativos nacionales, 29-31 de enero de 2014

País	Apellidos	Nombres	Función	Empleador
Rusia	Kholikov	Ivan	Jefe de la Sección Cooperación Internacional de la Dirección Principal Médica Militar	Ministerio de Defensa de la Federación de Rusia
Senegal	Ndiaye	Papa Moussé	Director de la Escuela Militar de Salud de Dakar	Ministerio de las Fuerzas Armadas de Senegal
Serbia	Caric	Slavoljub	Jefe del Departamento de Asuntos Jurídicos Internacionales	Ministerio de Relaciones Exteriores de Serbia
Sri Lanka	Ahamed	Riyasa Ahamed	Funcionario jurídico principal	Ministerio de Salud y miembro del Comité Nacional de DIH
Suecia	Rudvall	Samuel	Asesor jurídico	Ministerio de Defensa de Suecia
Venezuela	Flores Alvarado	Leomagno	Diputado principal	Asamblea Nacional de Venezuela
CIMM	Neirinckx	Pierre	Secretario general adjunto	Comité Internacional de Medicina Militar
CIE	Benton	David	Director general	Consejo Internacional de Enfermeras
ISMILLW	De Coninck	Luc	Asistente de Gestión	Sociedad Internacional de Derecho Militar y de Derecho de la Guerra
ISMILLW	Van Der Veken	Ludwig	Secretario general	Sociedad Internacional de Derecho Militar y de Derecho de la Guerra
Universidad JH	Footer	Katherine	Investigadora asociada	Colegio Bloomberg de Salud Pública, Universidad Johns Hopkins
OMS	Coninx	Rudi	Coordinador, Unidad de Políticas, Prácticas y Evaluación	Organización Mundial de la Salud
OMS	Maes	Sophie	Funcionario de programa	Organización Mundial de la Salud
AMM	Deau	Xavier	Presidente electo	Asociación Médica Mundial
AMM	Colegrave-Juge	Marie	Jefa de Asuntos Internacionales y de la Unión Europea	Asociación Médica Mundial
Bélgica	De Cock	Christian	Jefe de la Sección de Derecho Internacional	Ministerio Belga de Defensa
	Dive	Gérard	Jefe de la Unidad para Derecho Internacional Humanitario	Servicio Público Federal (Ministerio) de Justicia – Bélgica
	Genot	Guy	Director general, secretario de la CIDH	Ministerio Belga de Relaciones Exteriores
	Gijs	Geert	Jefe de Servicio, Gestión de Crisis	Servicio Público Federal, Salud, Seguridad de la Cadena Alimentaria y Medio Ambiente
	Goes	Benjamin	Jefe de Servicio, Gestión de Crisis	SPF Chancellerie du Premier Ministre

Taller de expertos sobre la Asistencia de salud en peligro: marcos normativos nacionales, 29-31 de enero de 2014					
Pais	Apellidos	Nombres	Función	Empleador	
	Goldman	Alexis	Asesor, miembro de la CIDH	Ministerio Belga de Relaciones Exteriores	
	Janssens	Alix	Asesor, miembro de la CIDH	Servicio Público Federal, Relaciones Exteriores	
	Masschelein	Liesbet	Adscrita, miembro de la CIDH	Servicio Público Federal, Cancillería del Primer Ministro	
	Reypens	Pascale	Miembro de la CIDH	Servicio Público Federal del Interior	
	Van Oost	Nadine	Asistente	Servicio Público Federal de Relaciones Exteriores	
	Vandermeersch	Damien	Presidente	Comisión Belga Interministerial para el Derecho Internacional Humanitario	
Cruz Roja de Bélgica	Joris	Christ'l	Vicepresidente nacional		
	Croufer	Edouard	Vicepresidente nacional		
	Braibant	Thomas	Pasante en DIH		
	Casier	Frédéric	Asesor jurídico en DIH		
	De Greve	Laura	Asesor jurídico		
	Hoste	Tuur	Secretario general		
Comisión Europea	Georgieva	Kristalina	Comisaria	Comisión Europea – Dirección General ECHO	
	Lemasson	Antoine	Jefe adjunto de Unidad	Comisión Europea – Dirección General ECHO	
	Lensu	María	Funcionaria de Políticas	Comisión Europea – Dirección General ECHO	
	Sharrock	David	Portavoz de la comisaría Georgieva	Comisión Europea – Dirección General ECHO	
CICR	Maurer	Peter	Presidente		
	Bellon	François	Jefe de delegación	CICR, Bruselas	
	Apraxine	Pierre	Jefe adjunto de delegación	CICR, Bruselas	
	Bouvier	Antoine	Asesor jurídico	CICR, Servicio de Asesoramiento en Derecho Internacional Humanitario	
	Breitegger	Alexander	Asesor jurídico	CICR, División Jurídica	
	Catin	Céline	Asistente del jefe de delegación	CICR, Bruselas	

Taller de expertos sobre la Asistencia de salud en peligro: marcos normativos nacionales, 29-31 de enero de 2014

Pais	Apellidos	Nombres	Función	Empleador
	de Jong	Laura	Asistenta jurídica	CICR, Bruselas
	Eshaya-Chauvin	Bruce	Asesor médico, Asistencia de Salud en Peligro	CICR, Dirección de Actividades Operacionales
	Gentile	Pierre	Jefe de proyecto, Asistencia de Salud en Peligro	CICR, Dirección de Actividades Operacionales
	Girard	Geneviève	Asesor, Asistencia de Salud en Peligro	CICR, Servicio de Asesoramiento en Derecho Internacional Humanitario
	Kolanowski	Stéphane	Asesor jurídico principal	CICR, Bruselas
	Lair	Sophie	Asesora jurídica	CICR, Bruselas
	Lorge	Anne-Catherine	Pasante en Comunicación	CICR, Bruselas
	Mitcheva	Olga	Responsable de Comercialización, coordinadora de la Campaña "Asistencia de salud en peligro"	CICR, Unidad de Comercialización Social
	Pellandini	Cristina	Jefa de Unidad	CICR, Servicio de Asesoramiento en Derecho Internacional Humanitario
	Sénéchaud	François	Jefe de División	CICR, Integración y Promoción del Derecho
	Vanden Driessche	Thomas	Responsable de Comunicación	CICR, Bruselas
Intérpretes	Bovet	María Teresa		
	Butticker	François		
	Giménez	María Reyes		
	Lauwers	Nadine		
	Shahidi Chubin	Nanaz		
	Van Simaey	Paul		

ANEXO 3. PROGRAMA DEL TALLER

Proyecto Asistencia de salud en peligro

“Marcos normativos nacionales para la protección de la prestación de la asistencia de salud”

Taller de expertos para los Comités Nacionales de DIH y funcionarios

Bruselas

29-31 de enero de 2014

Programa

Miércoles, 29 de enero

08:45 – 09:15

Inscripción de los participantes

09:15 – 10:45

Sesión introductoria

Declaraciones introductorias por el **señor Didier Reynders**, viceprimer ministro y ministro de Relaciones Exteriores; **señor Peter Maurer**, presidente del CICR; y **señora Christ’l Joris**, vicepresidenta de la Cruz Roja de Bélgica

Discurso de la **señora Kristalina Georgieva**, comisaria de la Unión Europea de Cooperación Internacional, Ayuda Humanitaria y Respuesta a las Crisis

Presentación del proyecto Asistencia de Salud en Peligro

Señor Pierre Gentile, jefe de proyecto, CICR

Presentación del taller (objetivos, formato y metodología)

Señor Antoine Bouvier, asesor jurídico, CICR

10:45 – 11:15

Pausa para el café

11:15 – 12:15

Presentación de los estudios de países

Bélgica: señor Geert Gijs

Colombia: señora Adriana Caicedo Trujillo

Kenia: señora Maryann Njau-Kimani

Nepal: señor Bresh Raj Sharma

12:15 – 13:15

Pausa para el almuerzo

13:15 – 13:30

Introducción a la primera reunión: ¿cómo hacer más eficaz la protección jurídica de los heridos y los enfermos, el personal y las instalaciones de salud y los medios de transporte sanitarios?

Observaciones introductorias presentadas por el **señor Alexander Breitegger**, asesor jurídico, CICR

Objetivo de la reunión

- Dar un panorama general de la protección de los heridos y los enfermos, del personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios en la legislación nacional y abrir el debate sobre la manera de hacer más eficaz dicha protección.

Documentos de referencia

- Documento de referencia.
- Ficha técnica del Servicio de Asesoramiento del CICR: “Respetar y proteger la asistencia de salud en conflictos armados y en situaciones que no están regidas por el derecho internacional humanitario”.

13:30 – 15:15

Grupos de trabajo**Objetivo de la reunión**

- Los participantes estarán divididos en cuatro grupos. Mediante las respuestas a las preguntas (que se determinarán en un documento aparte), cada grupo comenzará el debate sobre la manera de hacer más eficaz la protección jurídica de los heridos y los enfermos, del personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios.

15:15 – 15:45	Pausa para el café
15:45 – 16:15	Sesión plenaria: presentación de los resultados de los grupos de trabajo de la primera reunión.
16:15 – 16:30	<p>Introducción a la segunda reunión: ¿cómo mejorar legalmente el uso adecuado de los signos distintivos de conformidad con los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales y de otros signos distintivos que se emplean en la misión médica?</p> <p>Observaciones introductorias presentadas por el señor Antoine Bouvier, asesor jurídico, CICR</p> <p>Objetivo de la reunión</p> <ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar un panorama general de la protección de los signos distintivos en la legislación nacional y abrir el debate sobre la manera de hacer más eficaz dicha protección. <p>Documentos de referencia</p> <ul style="list-style-type: none"> – Documento de referencia. – Ficha técnica del Servicio de Asesoramiento del CICR: “Respetar y proteger la asistencia de salud en conflictos armados y en situaciones que no están regidas por el derecho internacional humanitario”.
16:30 – 18:00	<p>Grupos de trabajo</p> <p>Objetivo de la reunión</p> <ul style="list-style-type: none"> – Los participantes estarán divididos en cuatro grupos. Mediante las respuestas a las preguntas (que se determinarán en un documento aparte), cada grupo comenzará el debate sobre la manera de hacer más eficaz la protección de los signos distintivos y otros signos.
18:45	Cena-cóctel
Jueves, 30 de enero	
09:00 – 10:00	Sesión plenaria: presentación de los resultados de los grupos de trabajo de la segunda reunión.
10:00 – 10:30	<p>Introducción a la tercera reunión: la manera de proteger jurídicamente la ética médica y la confidencialidad de los datos médicos en situaciones de conflicto armado y otras emergencias.</p> <p>Observaciones introductorias presentadas por el doctor Xavier Deau, presidente electo, Asociación Médica Mundial</p> <p>Objetivo de la reunión</p> <ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar un panorama de la ética y la confidencialidad médicas en los conflictos armados y otras emergencias.
10:30 – 11:00	Pausa para el café
11:00 – 12:30	<p>Grupos de trabajo</p> <p>Objetivo de la reunión</p> <ul style="list-style-type: none"> – Los participantes estarán divididos en cuatro grupos. Mediante las respuestas a las preguntas (que se determinarán en un documento aparte), cada grupo comenzará el debate sobre la ética y la confidencialidad médicas en los conflictos armados y otras emergencias.
12:30 – 13:30	Pausa para el almuerzo
13:30 – 14:15	Sesión plenaria: presentación de los resultados de los grupos de trabajo de la tercera reunión.
14:15 – 14:30	<p>Introducción a la cuarta reunión: la manera de reprimir y sancionar eficazmente las violaciones del derecho en relación con la asistencia de salud.</p> <p>Observaciones introductorias presentadas por la señora Cristina Pellandini, jefa del Servicio de Asesoramiento en Derecho Internacional Humanitario, CICR.</p> <p>Objetivo de la reunión</p> <ul style="list-style-type: none"> – Proporcionar un panorama de la represión y las sanciones penales para las violaciones cometidas contra los heridos y los enfermos, el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios. <p>Documentos de referencia</p> <ul style="list-style-type: none"> – Documento de referencia. – Ficha técnica del Servicio de Asesoramiento del CICR: “Respetar y proteger la asistencia de salud en conflictos armados y en situaciones que no están regidas por el derecho internacional humanitario”.

14:30 – 16:00	Grupos de trabajo Objetivo de la reunión – Los participantes estarán divididos en cuatro grupos. Mediante las respuestas a las preguntas (que se determinarán en un documento aparte), cada grupo comenzará el debate sobre la represión y las violaciones cometidas en los conflictos armados y otras emergencias.
16:00 – 16:30	Pausa para el café
16:30 – 17:30	Sesión plenaria: presentación de los resultados de los grupos de trabajo de la cuarta reunión.
Viernes, 31 de enero	
9:00 – 9:45	Presentación de las conclusiones y recomendaciones por los copresidentes
9:45 – 10:30	Debate sobre las conclusiones y recomendaciones
10:30 – 11:00	Pausa para el café
11:00 – 11:45	Debate sobre el tipo de “herramienta” recomendada por los expertos
11:45 – 12:15	Seguimiento del taller por el señor Pierre Gentile , jefe de proyecto
12:15 – 12:45	Observaciones finales por los copresidentes

Presidencia del taller

Copresidirán el taller:

Señor François Sénéchaud, jefe de la División de Integración y Promoción del Derecho, CICR

Señor Benjamin Goes, asesor de la Cancillería del Primer Ministro y presidente de los grupos de trabajo sobre la Protección de los Bienes Culturales y Comunicación, Comisión Interministerial Belga para el Derecho Humanitario

Presidirán los grupos de trabajo:

Señor Pierre Gentile, para el grupo de habla francesa

Señora Cristina Pellandini, para el grupo de habla hispana

Señor Alexander Breitegger, para el primer grupo de habla inglesa

Señor Stéphane Kolanowski, asesor jurídico, delegación del CICR en Bruselas, para el segundo grupo de habla inglesa

MISIÓN

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), organización imparcial, neutral e independiente, tiene la misión exclusivamente humanitaria de proteger la vida y la dignidad de las víctimas de los conflictos armados y de otras situaciones de violencia, así como de prestarles asistencia. El CICR se esfuerza asimismo en prevenir el sufrimiento mediante la promoción y el fortalecimiento del derecho y de los principios humanitarios universales. Fundado en 1863, el CICR dio origen a los Convenios de Ginebra y al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, cuyas actividades internacionales en los conflictos armados y en otras situaciones de violencia dirige y coordina.



CICR