

PROTEGER LA ASISTENCIA DE SALUD CONTRA LA VIOLENCIA

LISTA DE VERIFICACIÓN DE DISPOSICIONES LEGISLATIVAS

I. INTRODUCCIÓN

Para lograr una disminución efectiva de los incidentes violentos contra la asistencia de salud y mitigar sus repercusiones, es necesario incorporar las normas adecuadas en las disposiciones legislativas y normativas nacionales. El presente documento pretende ser una herramienta práctica que ayude a los profesionales interesados a evaluar los siguientes aspectos:

- verificar si el marco normativo nacional cumple con las obligaciones internacionales y con algunas de las principales recomendaciones operacionales relacionadas con la protección de la prestación de asistencia de salud;
- en los casos que presentan lagunas, definir cuáles serían las medidas preventivas o correctivas adecuadas.

El documento presenta una lista de preguntas (un listado de verificación o estudio de compatibilidad) que abordan algunos de los principales problemas relacionados con la protección de la asistencia de salud durante los conflictos armados y otras emergencias¹. (En algunos casos, las soluciones propuestas también pueden aplicarse en tiempo de paz). El objetivo de esta lista de verificación es brindar a los profesionales un panorama consolidado del marco normativo nacional que les permita identificar y encarar con rapidez posibles lagunas o incongruencias relacionadas con las obligaciones internacionales o con las recomendaciones operacionales y de política existentes.

La variedad de sistemas jurídicos que hay en el mundo y las discrepancias entre ellos requieren un enfoque caso por caso de los análisis de los marcos normativos nacionales y de las propuestas para encarar los problemas identificados. Lo que puede ser apropiado para un país quizás no lo sea para otros. Por consiguiente, el profesional es quien tiene que decidir cómo ajustar el uso de esta lista de verificación y, luego, determinar si se deben proponer medidas preventivas o correctivas y cómo hacerlo.

Para encarar la violencia contra la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado o de otras emergencias, se necesitan soluciones creativas que deriven de enfoques específicos y multidisciplinarios. En consecuencia, por más práctica o exhaustiva que sea esta lista de verificación, su propia índole implica que debe leerse y utilizarse junto con otras publicaciones del programa Asistencia de salud en peligro² y demás materiales relevantes que ayuden a establecer un enfoque multidisciplinario eficaz para abordar la problemática en cuestión. En algunos casos, quizás los profesionales consideren pertinente añadir a la lista sus propias preguntas, cuando los desafíos prácticos que enfrentan en su lugar de trabajo exijan evaluar ámbitos o aspectos del derecho que no se hallan comprendidos en este documento. Esta lista de verificación debería considerarse una herramienta práctica y flexible; ciertamente, no debe utilizarse como si fuese un documento completo e independiente.

¹ En este documento, el término “otras emergencias” se utiliza con referencia a situaciones que no alcanzan el umbral de un conflicto armado, pero en las cuales las medidas de seguridad o los incidentes relacionados con la seguridad pueden tener consecuencias graves para las personas que necesitan asistencia de salud eficaz e imparcial y causar, por ejemplo, su muerte, el agravamiento de sus heridas o enfermedades, o la obstrucción de los programas de salud preventiva. Esas medidas o incidentes pueden adoptar diversas formas: violencia contra las personas que necesitan asistencia de salud; violencia contra el personal y las instalaciones de salud o contra los vehículos sanitarios; ingreso de las fuerzas armadas o de seguridad a las instalaciones de salud con la intención o el efecto de interrumpir la prestación de servicios de salud; negativas o demoras arbitrarias en el paso de los vehículos sanitarios por los puestos de control; o, sencillamente, la situación general de seguridad que prevalece en una zona afectada por una emergencia. En esas circunstancias, y según la urgencia de las necesidades humanitarias, es posible que se apele a los trabajadores de salud, con inclusión del personal o los voluntarios del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, para prevenir y aliviar los sufrimientos humanos. Véase el documento “Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias” (<https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/publications/icrc-002-4104.pdf>).

² Véase: <https://healthcareindanger.org/es/resource-centre-3/>.

II. METODOLOGÍA

La lista de verificación comienza con una reseña de las herramientas y los documentos existentes sobre la legislación que contempla la protección de la asistencia de salud. Asimismo, presenta un breve panorama de los problemas que afectan la protección de la asistencia de salud. Siguen unas preguntas preliminares para orientar al usuario sobre el lugar que ocupa la protección de la asistencia de salud dentro del sistema jurídico nacional global, es decir, en la constitución y en otras leyes del Estado.

Las secciones siguientes contienen preguntas sustantivas sobre el sistema sanitario y ejemplos de legislación de todo el mundo, cuyo propósito es ilustrar el tipo de legislación que podría necesitarse. Las preguntas de la lista de verificación son cerradas o abiertas, según la índole de los temas que abordan. Sin embargo, en todos los casos, el objetivo de las preguntas es suscitar reflexiones auténticas sobre la relevancia de determinado aspecto del marco jurídico nacional, en lugar de un simple “sí” o “no” o una respuesta de un renglón. Por lo tanto, para contestar las preguntas hará falta investigar no solo la mera existencia de leyes y reglamentos nacionales pertinentes, sino también, lo que es más importante, analizar el alcance de la aplicación de esas leyes y reglamentos y determinar si brindan la protección adecuada contra los obstáculos a la prestación de asistencia de salud en situaciones de emergencia. Como cuestión de principio, una vez respondidas las preguntas, los usuarios de la lista deberían preguntarse si el tema es motivo de preocupación y, en caso afirmativo, cómo encararlo.

La lista de verificación solo puede utilizarse como parte de un proceso más general, el cual necesariamente conlleva una reflexión acerca de la mejor forma de encarar las lagunas identificadas en la ley. La idea es obtener un panorama general de las protecciones a la asistencia de salud en un Estado, con algunos ejemplos de los lugares donde podrían incorporarse cambios en la legislación.

III. EL TALLER DE BRUSELAS DE 2014 Y LA HERRAMIENTA DE ORIENTACIÓN

Esta lista de verificación se basa en importantes recomendaciones preexistentes relacionadas con el fortalecimiento del marco jurídico y normativo nacional. Por este motivo, debería utilizarse en combinación con las siguientes publicaciones:

- el informe del taller de expertos celebrado en Bruselas, en 2014, titulado [“Marcos normativos nacionales para la protección de la asistencia de salud”](#), en el que se identifican medidas y procedimientos internos concretos, en particular de carácter legislativo y normativo, que las autoridades estatales pueden establecer para implementar el marco jurídico internacional vigente sobre la protección de la asistencia de salud en conflictos armados y otras emergencias;
- la herramienta de orientación sobre la implementación del informe de Bruselas ([guidance tool on the implementation of the Brussels report](#)) del Servicio de asesoramiento en derecho internacional humanitario del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR);
- basado en las recomendaciones surgidas del taller de Bruselas, este documento, que forma parte del manual [Implementación del derecho internacional humanitario a nivel nacional](#), del Servicio de asesoramiento del CICR, se elaboró como herramienta práctica y pedagógica para apoyar a las autoridades de los Estados en la elaboración de marcos jurídicos nacionales eficaces.

Estas dos publicaciones presentan en detalle el marco jurídico internacional aplicable a la protección de la asistencia de salud tanto en virtud del DIH como del derecho internacional de los derechos humanos (DIDH) (véase, en particular, el Anexo 1 de la herramienta de orientación, que no se encuentra reproducido en la lista de verificación). Además, contienen importante información contextual sobre las principales consecuencias ocasionadas por la falta de un marco normativo nacional eficaz y completo en esta materia.

También se aconseja a los usuarios de la lista consultar el documento *Proteger la asistencia de salud – Recomendaciones básicas*³ y examinar el modo en que el marco normativo del Estado aborda estas cuestiones clave.

3 Véase: <https://healthcareindanger.org/resource-centre/>.

IV. PRINCIPALES DESAFÍOS RELATIVOS A LA PROTECCIÓN DE LA ASISTENCIA DE SALUD EN CONFLICTOS ARMADOS Y OTRAS EMERGENCIAS

A continuación, se mencionan algunos de los principales obstáculos para la prestación adecuada de asistencia de salud en conflictos armados u otras emergencias:

- la falta de protección adecuada para los profesionales de la salud, los pacientes (personas heridas y enfermas) y las instalaciones y los medios de transporte sanitarios contra ataques directos, otras formas de agresión o actos de violencia interpersonal;
- la falta de respeto de las normas básicas de la ética médica (por ejemplo, la confidencialidad médica o la prestación de asistencia médica imparcial), lo que plantea dilemas graves para los profesionales de la salud.

Las cuestiones de protección específicamente relacionadas con la violencia contra la asistencia de salud dependen en gran parte del contexto. Si bien algunos problemas son propios de las situaciones de conflicto armado, como la falta de respeto de las partes beligerantes por los principios fundamentales que rigen la conducción de las hostilidades, otros se relacionan con los conflictos armados u otras situaciones de emergencia, como el uso excesivo de la fuerza u otras formas de respuesta inapropiadas o inadecuadas por parte de las fuerzas del orden público a los problemas de seguridad que se presentan en un escenario de violencia urbana o de agitación política, o las respuestas a las pandemias o epidemias. Otros tipos de problemas de protección pueden originarse en deficiencias sistémicas presentes en conflictos armados, en otras situaciones de emergencia y también en situaciones de paz, como la falta de protección efectiva para los trabajadores de salud contra actos de violencia de baja intensidad, pero constantes y destructivos, como los que cometen por diversos motivos algunos pacientes frustrados, sus familiares o amigos o, en algunos casos, la comunidad en su conjunto⁴. Ese tipo de violencia se ha manifestado particularmente en relación con el ébola y la pandemia de la enfermedad causada por el coronavirus. También es característica de algunas situaciones de posconflicto, en las cuales los sistemas de salud debilitados no pueden responder a las mayores necesidades de servicios de salud.

Desde el punto de vista de las leyes y los reglamentos, la resolución de estos problemas casi siempre exige un examen total o parcial de temas de índole general. Cada uno de esos elementos de la protección puede dividirse en múltiples facetas, que incluyen la necesidad de:

- sensibilización y capacitación apropiadas;
- sanciones adecuadas (penales y disciplinarias) para las violaciones de la ley;
- la definición jurídica clara de los papeles, los derechos, los deberes y las restricciones aplicables a las partes interesadas (por ejemplo, las fuerzas armadas y de seguridad, la población civil, las autoridades ministeriales del Estado, los profesionales de la salud, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, las organizaciones de ayuda y las organizaciones no gubernamentales);
- un marco jurídico claro sobre el uso de los emblemas protegidos y su protección;
- la integración de las disposiciones jurídicas pertinentes en las directrices operacionales profesionales (civiles y militares), en las políticas y en los procedimientos operativos estándar;
- mecanismos de recopilación de datos y sistemas de respuesta de emergencia eficaces, que garanticen la coordinación adecuada entre todas las partes intervinientes.

Con el fin de proporcionar a los usuarios una herramienta tan exhaustiva como sea posible, que los ayude a identificar el modo en que el marco normativo nacional influye en los problemas en cuestión, la lista de verificación encara ámbitos del derecho que son particularmente relevantes para los problemas humanitarios concretos que afrontan los profesionales de la salud y que se abordan principalmente en el informe de Bruselas, así como en otras publicaciones importantes sobre Asistencia de salud en peligro. Bajo cada título, se presentan ejemplos de problemas humanitarios concretos que surgen a raíz de las deficiencias del marco normativo que rige ese ámbito.

4 En los conflictos armados, se prohíbe a las personas civiles emplear la violencia contra los heridos y enfermos; véase el inciso 2 del art. 18 del I Convenio de Ginebra y el art. 17 del Protocolo adicional I. El comentario sobre el inciso 1 del art. 18 del Protocolo adicional II, de 1987, plantea el mismo argumento (aunque no existe una norma expresa a tal efecto para el caso de los conflictos armados no internacionales). Véase: <https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihl.nsf/Comment.xsp?action=openDocument&documentId=086657E594BB4CC2C12563CD0043ADD0>.

V. PREGUNTAS PRELIMINARES PARA COMPRENDER EL MARCO JURÍDICO Y CONSTITUCIONAL INTERNO SOBRE LA PROTECCIÓN DE LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA DE SALUD

El objetivo de esta sección es brindar al usuario de la lista de verificación una idea clara del lugar que ocupa la protección de la asistencia de salud en el marco general constitucional y jurídico del Estado, como punto de partida.

Por lo general, las respuestas a estas preguntas preliminares no requieren acciones correctivas; tampoco es necesario tenerlas en cuenta para usar el resto de la lista.

No obstante, podrían ser útiles para recomendar otras medidas en las secciones A a F, o como base jurídica para proponer cambios en la legislación, a medida que se analiza el resto de la lista.

1. ¿El derecho a la salud está establecido en la constitución nacional, o se considera de algún otro modo un derecho fundamental de las personas tanto en tiempo de paz como de conflicto armado? ¿Conlleva el derecho incondicional a acceder a la asistencia de salud sin distinción alguna de carácter desfavorable basada en el sexo, la raza, la nacionalidad, la religión, las opiniones políticas u otro criterio?
2. ¿El Estado cuenta con legislación específica que aborde el modo en que el gobierno o las instituciones del Estado deben responder durante un conflicto armado u otras situaciones de emergencia?
3. ¿La legislación nacional contiene disposiciones específicas relacionadas con el respeto y la protección de los heridos y los enfermos, del personal médico y de las instalaciones y los medios de transporte sanitarios durante un conflicto armado?
 - a. ¿La legislación nacional contiene disposiciones específicas relacionadas con la prestación de asistencia de salud y con la protección de los pacientes, del personal médico y de las instalaciones y los medios de transporte sanitarios en otras situaciones de emergencia?
 - b. En caso afirmativo, ¿cuál es la definición de “otras situaciones de emergencia” (es decir, cuál es el ámbito de aplicación exacto de esa legislación)?
 - c. Si esas disposiciones existen, ¿en qué se diferencian de la protección general acordada a los pacientes, al personal médico y a las instalaciones y los medios de transporte sanitarios en todas las circunstancias?
4. ¿La protección de la prestación de asistencia de salud está reglamentada mediante leyes específicas centradas en la asistencia de salud, o a través de disposiciones integradas en la legislación existente de alcance más amplio (códigos penales, reglamentos sobre los servicios de salud, leyes sobre la mitigación de catástrofes, etc.)?
5. ¿La protección de la asistencia de salud está integrada en la doctrina militar y en las políticas de aplicación de la ley del Estado (por ejemplo, manuales militares o directrices operacionales referidas a la aplicación de la ley)? ¿Cómo abordan esas disposiciones la protección de la asistencia de salud?
6. ¿Qué instrumento o instrumentos legislativos rigen las actividades médicas y la prestación de asistencia de salud en el Estado en tiempo de paz y de conflicto armado?

7. ¿Cuáles son los organismos que supervisan las actividades de asistencia de salud en el Estado?⁵ Por ejemplo, ¿las actividades de asistencia de salud (servicios médicos, de enfermería, de prótesis y órtesis, farmacéuticos o de ambulancia) están organizadas bajo la supervisión de asociaciones profesionales nacionales o de un organismo similar?

Si es así, ¿la legislación nacional define con claridad la función y los deberes de esas asociaciones profesionales, particularmente en lo tocante al respeto de la ética profesional por parte de sus miembros y a la participación de esas asociaciones en la protección de sus miembros contra actos de violencia?

8. La legislación o las normativas nacionales
- a. ¿brindan una definición clara de las siguientes categorías: personal de salud, actividades médicas, unidades/infraestructura/establecimientos de salud, y medios de transporte sanitarios?
 - b. ¿definen con claridad las funciones y deberes de cada categoría de los profesionales de la salud, tanto en tiempo de paz como durante conflictos armados y otras emergencias?
 - c. ¿ofrecen un marco claro para la asignación de personas o bienes exclusivamente a funciones o fines médicos en un conflicto armado?
 - d. ¿prevén la autorización y el reconocimiento de las personas o bienes asignados exclusivamente a funciones o fines médicos en un conflicto armado?⁶
9. ¿En el derecho nacional, existe la obligación general de rescatar o asistir a las personas que necesitan asistencia médica urgente?
10. En caso afirmativo, ¿esa ley se aplica también a las fuerzas armadas y a los organismos de aplicación de la ley? ¿La violación de esa ley (es decir, no ayudar a una persona que necesita asistencia médica urgente) está sujeta a sanciones penales en todas las circunstancias?

5 Las formas en que los Estados regulan las actividades de asistencia de salud a través de organismos de supervisión son muy diversas. En algunos Estados, el consejo o el sindicato médico nacional que se ocupa de las cuestiones relativas a la reglamentación de los servicios, el registro de los profesionales y los derechos laborales a menudo trabaja en conexión con una asociación médica nacional encargada de temas técnicos. En otros Estados, hay una única asociación profesional que se encarga de todos estos asuntos y que trabaja en estrecha colaboración con un organismo que depende directamente del ministerio de salud.

6 El hecho de asegurar que las personas y bienes se asignen exclusivamente a las funciones y fines médicos conlleva el beneficio médico de garantizar la capacidad necesaria para atender las necesidades de salud en los conflictos armados. El reconocimiento implica que las autoridades de las partes en un conflicto confirman que una persona o un bien determinado prestará servicios de carácter exclusivamente médico en un conflicto armado (y, por extensión, que no deberán prestar servicios de otro carácter, particularmente de índole militar). La autorización es la otra cara de la moneda de este concepto, ya que confiere a la persona o al bien las prerrogativas, los derechos y los beneficios que entraña la designación médica, en especial el uso de uno de los emblemas protectores.

VI. PREGUNTAS SUSTANTIVAS

Estas preguntas se usarán para evaluar la compatibilidad de la legislación y otras normativas, políticas y prácticas internas, y para comprender en cuáles ámbitos habría que introducir cambios.

A. LA PROTECCIÓN JURÍDICA Y NORMATIVA DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y DE LOS ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS (CON INCLUSIÓN DE LAS NORMAS SOBRE LA ÉTICA Y LA CONFIDENCIALIDAD MÉDICAS) QUE PODRÍA DAR LUGAR A MODIFICACIONES EN LA LEGISLACIÓN Y A OTROS CAMBIOS

Durante los conflictos armados y otras emergencias, los profesionales de la salud, desde los socorristas hasta los equipos médicos de los hospitales, están expuestos no solo a la violencia física, sino también a severas restricciones acerca del modo en que deben desempeñar sus funciones esenciales.

1. Los conflictos entre las obligaciones jurídicas y normativas impuestas a los profesionales de la salud y sus deberes éticos son cuestiones de larga data en los conflictos armados y otras emergencias. En esencia, derivan de la divergencia entre las preocupaciones de seguridad (o de salud pública) del Estado y la necesidad de que los profesionales de la salud se atengan a las normas básicas relacionadas con sus deberes, cualesquiera sean las circunstancias externas.
2. Los trabajadores de salud que se desempeñan en entornos sensibles e inseguros están expuestos a actos de violencia interpersonal. Se les deben brindar los medios para que planifiquen, preparen y lleven a cabo sus funciones en un marco que garantice su seguridad.
3. Aunque no siempre se relacionan con conflictos armados u otras emergencias, los actos de violencia interpersonal de baja intensidad contra los profesionales de la salud que ocurren dentro de los establecimientos sanitarios, y que a veces se agravan cuando se facilita la introducción de armas en esas instalaciones, representan un grave problema de protección en casi todos los países.
4. En todas las circunstancias, y particularmente durante los conflictos armados y otras emergencias, los trabajadores de salud deben contar con un seguro profesional individual o colectivo que cubra los riesgos que corren.

Para encarar estas preocupaciones, es imprescindible contar con leyes y reglamentos nacionales apropiados.

Documentos de referencia:

1. [*Informe del taller de expertos de Bruselas, titulado “Marcos normativos nacionales para la protección de la asistencia de salud”*](#)
2. [*Asistencia de salud en peligro: Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias*](#)

Ejemplos de cuestiones humanitarias vinculadas con infracciones de la ética médica

- Fuerzas armadas o de seguridad que obligan a los profesionales de la salud a dispensar una atención preferente a sus propios soldados antes que a otras categorías de pacientes o que les impiden brindar asistencia médica a combatientes enemigos heridos.
- Fuerzas armadas o de seguridad que obligan a los profesionales de la salud a cometer actos que podrían considerarse perjudiciales para los pacientes (como aprobar el confinamiento solitario, supervisar sesiones de interrogatorio “duras”, etc.).
- Legislación nacional que obliga a los profesionales de la salud a dar parte de ciertas categorías de heridos o enfermos antes de poder atenderlos.
- Legislación nacional que obliga a infringir la confidencialidad médica exigiendo que los profesionales de la salud transmitan la información personal o las historias clínicas de los pacientes.

- Legislación nacional que penaliza la mera prestación de asistencia médica y tratamiento a ciertas categorías de personas consideradas enemigas del Estado, en particular aquellas sospechadas de participar en actos asociados con el terrorismo.
- Trabajadores de salud que discriminan a una categoría de pacientes a quienes consideran menos merecedores de asistencia de salud debido a sus propios prejuicios o afiliaciones políticas.

Ejemplos de violencia interpersonal o intimidación que afectan la prestación de asistencia de salud

- Actos de violencia física y verbal contra los profesionales de la salud cometidos por pacientes o sus amigos o familiares, causados por factores tales como la frustración del paciente por el tiempo de espera o por no haber recibido el diagnóstico que esperaba, la ira de los familiares hacia el personal de salud por el fallecimiento del paciente, etc.
- Actos de violencia contra los profesionales de la salud, los pacientes y las instalaciones sanitarias cometidos por determinadas comunidades o por el público en general, a menudo motivados por una reacción colectiva de desconfianza, negación o miedo durante un conflicto armado u otras emergencias⁷.
- Otros intentos individuales o colectivos por alterar el funcionamiento de los servicios de salud (por ejemplo, la negativa a someterse a los procedimientos requeridos por la salud pública o la exigencia de prioridad en la atención).
- Criminalidad generalizada, tensiones políticas o violencia generalizada que afectan el alcance de los servicios de salud en la comunidad o dentro de los establecimientos de salud.

Preguntas

I. Protección de la ética médica

1. ¿Qué leyes o reglamentos nacionales rigen y protegen los deberes éticos aplicables a los profesionales de la salud?

¿Las asociaciones nacionales de profesionales de la salud han adoptado códigos de ética?

2. ¿Las normas internas sobre los deberes éticos cumplen con las normas internacionales (por ejemplo, el [Código Internacional de Ética Médica de la Asociación Médica Mundial](#) y [las Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia](#) ?
3. ¿La formación de los profesionales de la salud y de los socorristas incluye información sobre las leyes y reglamentos aplicables a su labor (incluidos sus derechos y obligaciones) en tiempo de conflicto armado u otras emergencias?
4. ¿La legislación nacional aplicable a los profesionales de la salud es consistente con los siguientes deberes éticos?
 - a. en todos los casos, actuar teniendo en cuenta el interés superior de los pacientes;
 - b. brindar atención médica imparcial; y
 - c. respetar la confidencialidad médica.
5. ¿La legislación nacional garantiza que la atención médica prevalezca sobre las actividades militares y de aplicación de la ley? En otras palabras, ¿garantiza que los pacientes reciban atención médica antes de ser arrestados por un delito, respetando los sistemas de triaje y sin tener en cuenta a cuál fuerza armada pertenecen?

Nigeria, [Ley sobre atención y cuidado obligatorios de las víctimas de armas de fuego \(Compulsory Treatment and Care for Victims of Gunshots Bill\)](#) (2017).

En la sección 1, se establece el derecho de todas las personas heridas por armas de fuego a recibir atención médica, y, en la sección 4, se estipula que la policía no retirará del hospital a las personas heridas por armas de fuego con fines de investigación a menos que el director médico del hospital certifique que la persona “está en buenas condiciones y ya no necesita atención médica urgente”.

⁷ Por ejemplo, durante brotes de enfermedades (como la pandemia causada por el coronavirus y la epidemia de ébola) o cuando se ponen en marcha campañas de vacunación (por ejemplo, contra la poliomielitis).

6. ¿La legislación nacional garantiza el derecho del personal de salud a desempeñar sus funciones médicas y a no verse forzado a actuar en contra de los principios de la ética médica?

Etiopía, [Código Penal, Proclama n.º 414/2004 \(Criminal Code, Proclamation No. 414/2004\)](#) (2005), artículo 271(2)(c).

“La persona que organice, ordene o participe en medidas tendientes a obligar a las personas que ejercen una actividad médica a realizar actos o a efectuar trabajos contrarios a sus respectivas normas profesionales, códigos de ética u otras disposiciones destinadas a beneficiar a los heridos, los enfermos o la población civil, o a abstenerse de realizar los actos requeridos por dichas normas, será sancionada conforme a lo establecido en el artículo 270”.

7. ¿La legislación nacional o el código de conducta de la profesión médica limitan o prohíben el ingreso de armas en los establecimientos de salud?
8. ¿La ley que regula los derechos y las obligaciones del personal médico garantiza la imparcialidad médica y la plena independencia de los profesionales médicos en lo que respecta a su capacidad de evaluar el interés superior de los pacientes en todos los casos y de adoptar las decisiones correspondientes?

Francia, [Código de Defensa \(Defence Code\)](#) (2004, enmendado en 2008), artículo D4122-8.

Con respecto a la “imparcialidad médica” en conflictos armados, el Código de Defensa establece que los combatientes deben recoger, proteger y atender a los heridos, enfermos y náufragos sin discriminación alguna por motivos de raza, género, religión, nacionalidad, ideología o grupo étnico.

Perú, [Decreto sobre el uso de la fuerza por parte de las Fuerzas Armadas](#) (2010), artículo 8.2.1.

En este decreto se establece que las personas que se hallan fuera de combate a causa de enfermedades o heridas, en todas las circunstancias, serán tratadas sin distinción alguna de índole desfavorable basada en la raza, el color, la religión o la creencia, el sexo, el nacimiento, la condición socioeconómica o cualquier otro criterio análogo.

9. ¿La legislación nacional prohíbe o impone condiciones a la prestación de asistencia de salud a determinadas categorías de personas (migrantes legales o ilegales, personas categorizadas como terroristas, delincuentes fugitivos, miembros de grupos armados organizados o de otros grupos ilegales, refugiados, solicitantes de asilo, etc.)? A la inversa, ¿hay categorías de personas a quienes, por ley, se debe prestar atención médica preferente en situaciones de emergencia (por ejemplo, miembros de las fuerzas armadas y de seguridad)?

Afganistán, [Ley de Salud Pública \(Public Health Law\)](#) (2009), artículo 18.

Este artículo garantiza la prestación de asistencia médica de emergencia por los establecimientos sanitarios más cercanos “a las personas cuyo estado de salud requiera atención urgente, sin discriminación alguna y tomando en cuenta el nivel de prioridad de los pacientes”.

Somalia, [Código Penal Militar \(Military Criminal Code\)](#) (1963), artículo 374.

Este artículo prevé la pena de confinamiento militar para “el soldado asignado al servicio médico que, durante o después de un combate, no prestare asistencia a los soldados o a otras personas que normalmente acompañan a las fuerzas armadas beligerantes, se trate de enfermos, heridos o náufragos, incluso si son enemigos”.

Reino Unido, [Manual de derecho de los conflictos armados \(Law of Armed Conflict Manual\)](#) (2004), apartado 7.3.2.

Se prohíbe “brindar a los heridos del Reino Unido y de sus aliados atención médica prioritaria respecto de la atención del personal enemigo herido. La única distinción que se permite en la atención de los heridos o enfermos es la que se basa en las necesidades médicas reales”.

10. ¿Cuáles son los recursos legales o profesionales de que disponen los profesionales de la salud que hayan sido presionados o forzados a infringir sus deberes éticos básicos? ¿El sistema de presentación de denuncias o quejas es eficaz?

Reino Unido, Guía para los empleadores del Sistema Nacional de Salud sobre la violencia contra el personal ([NHS Employers guidance on violence against staff](#)) y Reglamento sobre gestión de la salud y la seguridad en el trabajo ([Management of Health and Safety at Work Regulations](#)) (1999).

Esta guía presenta una opción consistente en un recurso judicial mediante el cual los trabajadores de salud que son “objeto de abusos, amenazas o agresiones en circunstancias relacionadas con su trabajo” pueden llevar a juicio a sus empleadores para obtener compensación. Como se establece en el reglamento, los empleadores tienen la obligación de implementar medidas de prevención y protección para proteger a sus empleados contra peligros graves e inminentes.

11. ¿La legislación nacional garantiza la confidencialidad médica? ¿Cuáles son las excepciones a este principio en el derecho interno? ¿En qué circunstancias un profesional de la salud puede o debe revelar información sobre los pacientes a las autoridades del Estado?

Filipinas, Orden Ejecutiva n.º 212 ([Executive Order No. 212](#)), que modifica el Decreto presidencial n.º 169 sobre la transmisión de información relativa a los heridos por parte de los profesionales médicos (1987).

La orden modifica un decreto que exigía a los profesionales médicos, bajo pena de sanciones penales y administrativas, transmitir a las autoridades militares información sobre la atención prestada a pacientes por lesiones físicas graves y leves conforme a las definiciones del Código Penal. La orden mantiene la obligación de los profesionales de proporcionar información sobre esa atención, pero estipula que los informes deben presentarse a las autoridades de salud del gobierno civil.

12. En el caso de excepciones a la confidencialidad médica:

- ¿Esas excepciones son congruentes con la ética médica? Es decir, ¿se basan en el interés superior del paciente (por ejemplo, cuando un paciente que necesita asistencia médica no puede dar su consentimiento informado)? ¿O en otros motivos superiores (durante emergencias de salud pública o cuando la divulgación de la información personal podría prevenir la comisión de delitos graves)?
- ¿Las excepciones están estrictamente definidas y delimitadas en la ley?
- ¿Los conceptos están claramente definidos en la ley (por ejemplo, “peligro internacional para la salud pública”, “orden público”, “seguridad del Estado” o “situaciones de emergencia”)?
- ¿La ley define con claridad el objetivo y la finalidad de la comunicación de información personal a las autoridades públicas?
- ¿La ley está expresada con claridad suficiente para que los profesionales de la salud que no sean abogados puedan determinar fácilmente cuándo la transmisión de información personal a las autoridades públicas es obligatoria y cuándo está meramente permitida?

13. ¿La ley define claramente el tipo de información que se debe comunicar a las autoridades públicas? ¿Esa información se limita a lo estrictamente necesario, tanto en relación con el objetivo de la comunicación de esa información al Estado como con la circunstancia que da lugar a la excepción a la confidencialidad médica?

14. Cuando la transmisión de la información personal de los pacientes responde a una solicitud o a una orden de las autoridades públicas (por ejemplo, miembros de las fuerzas armadas, funcionarios encargados de la aplicación de la ley, organismos de inteligencia, autoridades judiciales o autoridades ministeriales), ¿la ley proporciona a los profesionales de la salud las salvaguardas y recursos procedimentales suficientes para garantizar que la solicitud o la orden no sean arbitrarias y que se atengan a la ley?

15. ¿Las excepciones a la confidencialidad médica aplicables durante los conflictos armados u otras situaciones de emergencia son distintas de las que se aplican en tiempo de paz?

16. ¿La divulgación de la información personal de los pacientes por los profesionales de la salud sin el consentimiento de los pacientes, fuera de las excepciones legales, está sujeta a sanciones penales y disciplinarias?⁸

8 Para consultar ejemplos de 21 países, v. el documento *Legal Opinion on the Obligation of Healthcare Professionals to Report Gunshot Wounds* del Instituto Suizo de Derecho Comparativo, que incluye ejemplos de Australia, China, Colombia, Egipto, El Salvador, España, Filipinas, Francia, Líbano, México, Nepal, Níger, Nigeria, Pakistán, Papúa Nueva Guinea, Reino Unido, Rusia, Sudáfrica, Sudán del Sur, Túnez y Ucrania: <https://www.isdc.ch/media/1834/17-120-final-nov19.pdf>.

17. ¿Hay sanciones disciplinarias y penales efectivas para los casos en que se obliga a los profesionales de la salud a realizar actos manifiestamente contrarios a sus deberes éticos y el derecho a la salud de las personas (por ejemplo, forzar a los trabajadores de salud a realizar actos que son o pueden ser nocivos para el paciente, prohibirles prestar asistencia médica o, a la inversa, obligarlos a brindar atención médica prioritaria a determinadas categorías de personas o forzarlos ilegalmente a infringir la confidencialidad médica)?

Código Penal de Etiopía, Proclama n.º 414/2004 (Criminal Code, Proclamation No. 414/2004) (2005), artículo 271(2)(c).

“Crímenes de guerra contra los heridos, los enfermos o los náufragos o contra los servicios médicos. Las personas que, en las circunstancias definidas con anterioridad [en tiempo de guerra, de conflicto armado o de ocupación y en violación de las normas del derecho internacional público y de los convenios humanitarios internacionales] organicen, ordenen o participen en medidas tendientes a obligar a las personas que ejercen actividades médicas a realizar actos o trabajos contrarios a los requeridos por sus normas profesionales, códigos de ética u otras disposiciones destinadas a beneficiar a los heridos, los enfermos o la población civil, o a abstenerse de realizar los actos requeridos por dichas normas, serán castigadas [con pena de prisión rigurosa por un período de cinco a 25 años o, en casos más graves, con pena de prisión perpetua o pena de muerte]”.

18. A la inversa, ¿las violaciones graves de la ética médica cometidas por los profesionales de la salud en forma intencional están sujetas a sanciones administrativas/disciplinarias o penales?

Indonesia, Ley n.º 29 sobre Prácticas Médicas (Law No. 29 of 2004 on Medical Practices) (2004), artículo 69.

El médico hallado culpable de haber violado la ética médica será sometido a sanciones disciplinarias, que pueden tomar la forma de una advertencia escrita, la revocación de su matrícula de médico o la participación obligatoria en cursos de formación o de educación médica adicionales.

México, Ley General de Salud (http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=4652777&fecha=07/02/1984) (1984), artículo 469.

El profesional médico que, sin que medie una causa justa, se rehúse a prestar asistencia a una persona en situación de emergencia, haciendo peligrar su vida, será sancionado con pena de prisión por un período de seis meses a cinco años.

II. Protección contra la violencia interpersonal que afecta la asistencia de salud

1. ¿La exposición a la violencia es un factor que se toma en cuenta en la gestión del sistema de salud? ¿El marco normativo requiere la implementación de mecanismos destinados a prevenir los incidentes y la interrupción de los programas debido a la situación de seguridad?⁹
2. ¿Cuál es la autoridad pública (nacional, regional o local) encargada de reglamentar el uso de medidas de seguridad activas y pasivas en los establecimientos de salud para proteger a los profesionales de la salud y a sus pacientes contra actos de violencia dentro de las instalaciones? Conforme a los reglamentos aplicables, ¿las autoridades públicas solventan el costo de esas medidas de seguridad para establecimientos de salud ubicados en zonas sensibles o inseguras? ¿Esas disposiciones tienen en cuenta el equilibrio necesario entre la seguridad de las instalaciones y del personal, y la accesibilidad al público?
3. ¿La normativa nacional/regional/local aplicable a la seguridad de las estructuras de salud distingue entre establecimientos públicos y privados?
4. ¿Existe una política nacional que aborde la violencia interpersonal contra los profesionales de la salud (no relacionada con conflictos ni otras emergencias)? En caso afirmativo, ¿cómo se reglamenta y supervisa esta cuestión?
5. ¿Existe una ley, un reglamento o una práctica que prohíba que los miembros de la comunidad, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley o el personal militar ingresen con armas a los establecimientos de salud, o que limite esa práctica?

9 Por ejemplo, al realizar operaciones en entornos sensibles e inseguros, ¿la Sociedad Nacional y quizás otros equipos de respuesta a emergencias y profesionales de la salud conocen y utilizan el modelo Acceso más seguro (<https://www.icrc.org/es/doc/assets/files/2013/acceso-mas-seguro-guia.pdf>) o un marco análogo?

6. Conforme al derecho nacional, ¿todos los profesionales de la salud, los voluntarios, los socorristas, y los empleados de los prestadores de servicios de ambulancia y de servicios prehospitalarios se benefician de un seguro de salud en caso de sufrir lesiones, enfermedades (mentales o físicas) o discapacidades causadas por su trabajo?
7. ¿La ley distingue entre los servicios médicos de urgencia y otros servicios de emergencia prestados por el Estado (por ejemplo, la policía)?

Australia, *Ley de Emergencias* ([Emergencies Act](#)) (2004).

Los servicios de ambulancia, de rescate y de bomberos funcionan bajo la autoridad del comisionado de servicios de emergencia. Dicha persona es responsable de la dirección estratégica general y de la gestión de los servicios de emergencia, así como del apoyo operacional y administrativo a los servicios. La ley no agrupa a las fuerzas policiales junto con los servicios de emergencia, pero prevé escenarios en los que estos últimos prestarían ayuda a los funcionarios policiales durante un incidente o una situación de emergencia.

B. PROTECCIÓN Y MARCO PARA EL USO DE LOS EMBLEMAS DISTINTIVOS PROTEGIDOS POR EL DIH Y DE OTROS SÍMBOLOS QUE IDENTIFICAN A LOS PRESTADORES DE SERVICIOS DE SALUD

El uso de los emblemas de la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo como símbolos protectores e indicativos por el personal médico y las instalaciones y medios de transporte sanitarios es un aspecto fundamental de la protección de la prestación de asistencia de salud y del acceso a esta en tiempo de conflicto armado y otras emergencias. En algunos casos, el uso de otros emblemas también puede resultar eficaz.

Existe un amplio consenso acerca de la importancia de reglamentar el uso de esos emblemas en el marco de la legislación nacional apropiada para garantizar su poder protector.

Documentos de referencia:

1. [Informe del taller de expertos de Bruselas, titulado “Marcos normativos nacionales para la protección de la asistencia de salud”](#)
2. CICR, [Legislación nacional relativa al uso y la protección del emblema – Ley tipo](#)
3. CICR, [Estudio sobre el uso del emblema](#)

Ejemplos de uso indebido de los emblemas protectores

El uso indebido de los emblemas protectores puede adoptar distintas formas, cada una de las cuales suscita distintos niveles de preocupación en el sentido humanitario:

- el uso indebido de los emblemas con fines comerciales o de obtención de fondos por actores locales, lo cual puede reducir en forma indirecta el prestigio y el significado de los emblemas como signo visible de la protección conferida a los profesionales de la salud, o constituir un fraude;
- el uso de los emblemas en vehículos militares no sanitarios para transportar soldados o equipamiento militar;
- la perfidia, que es la forma más extrema del uso indebido de los emblemas durante un conflicto armado.

El uso de la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo se limita a un grupo concreto de entidades e individuos en circunstancias específicas. Por consiguiente, es aconsejable que las entidades de asistencia de salud y el personal médico que no tienen permitido usar los emblemas diseñen y utilicen logotipos nuevos¹⁰.

Al margen de la cuestión de si existen leyes adecuadas sobre los emblemas, también es preciso considerar el modo y el proceso utilizados para difundir el conocimiento de las normas internas que rigen el uso y la protección de los emblemas entre la población en general. ¿Cómo encara este desafío la Sociedad Nacional?

10 Véase: <https://www.minsalud.gov.co/salud/PServicios/Paginas/mision-medica.aspx>.

Preguntas

1. ¿El Estado ha adoptado legislación nacional sobre la reglamentación del uso y la protección de los emblemas tanto en tiempo de paz como durante conflictos armados y otras emergencias?

En caso afirmativo, esa legislación

- a. ¿identifica claramente las entidades que pueden utilizar los emblemas?
- b. ¿identifica claramente los usos que requieren un permiso especial?
- c. ¿designa a las autoridades encargadas de reglamentar los usos generales y excepcionales de los emblemas?
- d. ¿establece sanciones claras para los casos de uso indebido del emblema?

Para obtener orientaciones más detalladas, consultar el documento [Legislación nacional relativa al uso y la protección del emblema – Ley tipo](#).

Si no es así, ¿cuál es la norma que rige el uso de los emblemas?

Albania, [Ley n.º 7865 sobre la protección del emblema y del nombre de la Cruz Roja \(Law No. 7865 on the Protection of the Emblem and the Name of the Red Cross\)](#) (1994).

- Artículo 2: El emblema de la cruz roja se usa como signo indicativo y protector, de conformidad con los Convenios de Ginebra, los Protocolos adicionales y la presente ley.
- Artículos 3 y 4: La Cruz Roja Albanesa, las organizaciones de la Cruz Roja Internacional y su personal están autorizados a utilizar los emblemas en todo momento.
- Artículo 5: El uso de los emblemas en tiempo de guerra está sujeto a la autorización del Consejo de Ministros o de los organismos creados por este.
- Artículo 7: El uso de los emblemas y del nombre de la Cruz Roja por personas físicas y jurídicas en contravención de las disposiciones establecidas en la presente ley y, por ende, de los Convenios de Ginebra y los Protocolos adicionales constituye una falta administrativa leve y se sanciona con una multa de 1000 a 10 000 unidades de la moneda local.

Armenia, [Ley sobre el uso y la protección de los emblemas de la cruz roja y de la media luna roja \(Law on the Use and Protection of the Emblems of the Red Cross and Red Crescent\)](#) (2002).

- Artículos 9-12 y 14-15: El uso de los emblemas está sujeto a las disposiciones de los Convenios de Ginebra y de los Protocolos adicionales I y II. Los emblemas pueden ser utilizados como signos indicativos y protectores, tanto en tiempo de paz como de guerra, por el personal médico de las fuerzas armadas, de los servicios médicos civiles y de la Cruz Roja Armenia.
- Artículo 13: El personal humanitario o las unidades de Estados neutrales y otros Estados que no participan en el conflicto podrán utilizar los emblemas con sujeción a la aprobación del ministro de Defensa y bajo la supervisión de la Cruz Roja Armenia.
- Artículo 21: El uso ilícito de los emblemas es punible conforme a la legislación correspondiente.

2. ¿La legislación nacional reglamenta el uso de emblemas relativos a la prestación de servicios de salud diferentes de los previstos en el derecho internacional? En caso afirmativo:
 - a. como sucede con los emblemas de la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo, ¿la legislación aplicable identifica claramente los signos seleccionados, las entidades que pueden utilizarlos, el uso autorizado y la autoridad nacional encargada de reglamentar dicho uso?
 - b. ¿está permitido su uso en situaciones de conflicto armado?
 - c. ¿existe un proceso que permita evitar confusiones con otros emblemas protegidos durante conflictos armados u otras situaciones de emergencia?

Brasil, [Ley n.º 3.960 \(Law No. 3.960\)](#) (1961) y [Decreto n.º 966 \(Decree No. 966\)](#) (1962).

La ley contiene una descripción y una ilustración del emblema. El emblema se describe como “una vara con una serpiente enroscada, de color rojo, contra un fondo blanco”. El decreto permite el uso del emblema como signo protector por el personal médico y paramédico, así como por las unidades, las instalaciones y los vehículos sanitarios, pero no, por los miembros de las fuerzas armadas.

3. ¿El Estado cuenta con un sistema para identificar, enjuiciar y sancionar el uso indebido de los emblemas? ¿Cuáles autoridades del Estado se encargan de recibir las denuncias sobre casos de uso indebido? ¿La Sociedad Nacional ayuda a las autoridades interesadas a identificar y denunciar esos casos?
4. ¿La legislación y los reglamentos nacionales prevén medidas disciplinarias disuasivas, con inclusión de sanciones penales, aplicables a los miembros de las fuerzas armadas que utilizan los emblemas distintivos con fines diferentes de los autorizados por los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales, tales como utilizar los vehículos de los servicios médicos o las instalaciones de salud marcados con el emblema para transportar u ocultar armas o soldados?

Argelia, *Código de Justicia Militar* ([Military Justice Code](#)), artículo 299 (1971).

“[T]oda persona, sea o no militar, que en tiempo de guerra, en una zona de operaciones [...] y en contravención de las leyes y costumbres de la guerra, utilice en forma indebida los emblemas distintivos definidos por los convenios internacionales para señalar la protección de las personas, los bienes y los lugares protegidos por dichos convenios será castigada con pena de prisión de uno a cinco años”.

Australia, *Ley de los Conflictos Armados* ([ADFP 130 – Law of Armed Conflict](#)) (1994), apartado 1315(l).

El uso indebido o el abuso del símbolo de la cruz roja a efectos de obtener una protección a la cual el usuario de otro modo no tendría derecho constituyen “violaciones graves o crímenes de guerra graves cuya comisión probablemente amerite un juicio penal”.

Estados Unidos, *Manual para las Comisiones Militares* ([The Manual for Military Commissions](#)) (2007), sección 950v(b)(19).

“Toda persona sujeta al presente capítulo que utilice en forma intencional un emblema distintivo reconocido por el derecho de la guerra para los fines del combatiente de una manera prohibida por el derecho de la guerra será castigada conforme al dictamen de una comisión militar constituida en el marco del presente capítulo. [...] Pena máxima. Reclusión por 20 años”.

5. Más en general, ¿el uso indebido de los emblemas protegidos, tanto en tiempo de paz como de guerra y tanto por personal civil como militar, se considera un acto criminal en el Estado?

Bosnia y Herzegovina, *Código Penal* ([Criminal Code](#)) (2003), artículo 184.

“La persona que haga uso indebido del emblema o de las banderas de la Cruz Roja o de símbolos afines, o los porte sin estar autorizada para hacerlo [...] será castigada con una multa o con pena de prisión por un plazo no mayor de tres años”.

Chad, *Ley n.º 053/PR/2014 sobre la protección y el uso de los emblemas de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y de otros signos distintivos* ([Law No. 053/PR/2014 on Protection and Use of the Red Cross and Red Crescent Emblems and Any Other Distinctive Sign](#)) (2014), artículo 10.

“Se impondrá pena de prisión por un período de 15 días a dos años y una multa de 50 000 a 200 000 francos, o una sola de esas sanciones, a:

- toda persona que, en forma intencional y sin derecho a ello, utilice el emblema de la cruz roja o de la media luna roja, la designación ‘Cruz Roja’ o ‘Media Luna Roja’, una señal distintiva, o cualquier otro signo, nombre o símbolo que constituya una imitación de aquellos o que pueda dar lugar a confusión, sea cual fuere la finalidad de dicho uso;
- toda persona que, en particular, haya hecho figurar dichos emblemas o designaciones en letreros, carteles, anuncios, prospectos o documentos de comercio, o los haya fijado sobre mercancías o en su embalaje, o que haya puesto en venta o en circulación mercancías marcadas de ese modo;
- toda persona que haya cometido o dado orden de cometer la infracción como parte de la gestión de una persona jurídica”.

C. SANCIONES PENALES EFECTIVAS POR INFRACCIONES CONTRA EL PERSONAL DE SALUD Y LAS INSTALACIONES Y MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIOS

La ausencia de sanciones penales y disciplinarias efectivas por violaciones de las normas que protegen la asistencia de salud cometidas tanto por ciudadanos particulares como por funcionarios públicos –con inclusión de los oficiales de las fuerzas armadas y de seguridad y por funcionarios encargados de hacer cumplir la ley– es un tema de preocupación importante a la hora de considerar si el marco normativo nacional es apropiado. Si bien las cuestiones tales como la naturaleza de las sanciones, su alcance y los medios para aplicarlas, su especificidad y los tipos de conductas punibles deben necesariamente evaluarse en profundidad, también es importante considerar la pertinencia de las medidas que deben adoptarse para reforzar la eficacia de las sanciones y garantizar que cumplan su función preventiva.

Las siguientes preguntas se abordan en otras secciones y se refieren a las sanciones penales necesarias:

1. ¿El uso indebido de los emblemas protegidos, tanto en tiempo de paz como de guerra y tanto por personal civil como militar, se considera un acto criminal en el Estado y está sujeto a sanciones administrativas?
2. En el derecho nacional, ¿se impone a las fuerzas armadas y a los organismos encargados de hacer cumplir la ley la obligación general de asistir activamente a los profesionales de la salud en el desempeño de sus funciones (y, *a fortiori*, de no obstaculizar su labor) en situaciones de emergencia? ¿La violación de esta obligación está sujeta a sanciones disciplinarias o penales?
3. ¿Hay sanciones disciplinarias y penales efectivas para los casos en que se obliga a los profesionales de la salud a realizar actos que claramente infringen sus deberes éticos y el derecho a la salud de las personas (por ejemplo, forzar a los trabajadores de salud a realizar actos que son o pueden ser nocivos para el paciente, prohibirles prestar asistencia médica o, a la inversa, obligarlos a brindar atención médica prioritaria a determinadas categorías de personas o forzarlos ilegalmente a infringir la confidencialidad médica)?

Preguntas

1. Conforme a la legislación nacional, ¿todas las violaciones graves del DIH (infracciones graves y otras violaciones graves del DIH, incluso las cometidas en conflictos armados no internacionales) que se cometen contra las personas heridas y enfermas protegidas y contra el personal médico y las instalaciones y medios de transporte sanitarios se consideran crímenes de guerra?

Para obtener orientaciones más precisas, consultar el capítulo 3 del manual [Implementación del derecho internacional humanitario a nivel nacional](#), del Servicio de asesoramiento en DIH.

Bélgica, Código Penal (Penal Code) (1867, enmendado en 2003), artículo 136quater.

“Los ataques intencionales contra el personal médico, los insumos médicos, las unidades o los vehículos sanitarios que, en virtud del derecho internacional, utilizan los emblemas distintivos del derecho internacional humanitario” constituyen crímenes de guerra, conforme a lo previsto en los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, los Protocolos adicionales I y II de 1977, y el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional de 1988, y son punibles de conformidad con las disposiciones del código.

Rumania, Código Penal (Penal Code) (2009, enmendado en 2017), artículo 442(1)(b).

“Toda persona que, durante un conflicto armado internacional o sin carácter internacional: (a) lance un ataque contra el personal, las instalaciones, los insumos médicos, las unidades o los vehículos que participan en una misión de ayuda humanitaria o de mantenimiento de la paz conforme a la Carta de las Naciones Unidas y que gozan de la protección que el derecho internacional humanitario garantiza a las personas y los bienes civiles; (b) lance un ataque contra el personal médico o los edificios, unidades o vehículos sanitarios que portan los signos distintivos

previstos en los Convenios de Ginebra de conformidad con el derecho internacional humanitario, será castigada con pena de prisión de 7 a 15 años y la privación de sus derechos”.

Estonia, Código Penal ([Penal Code](#)) (2001), sección 102.

Los crímenes de guerra incluyen “matar a un miembro de una unidad sanitaria que porte los signos distintivos apropiados, a cualquier otra persona que preste asistencia a personas heridas o enfermas, a un clérigo, al representante de una organización humanitaria que desempeña sus funciones en una zona de guerra, o al representante de una misión de paz [...] si esto: 1) ocasiona la muerte de la víctima, o 2) causa que la víctima se suicide o intente suicidarse. [El acto] será sancionado con pena de prisión de 8 a 20 años o con reclusión perpetua”.

2. ¿La perfidia (v. art. 37 del Protocolo adicional I) se considera un crimen de guerra en la legislación penal nacional?

Irak, Ley n.º (10) 2005 del Tribunal Penal Superior de Irak ([Law No. \(10\) 2005 of the Iraqi Higher Criminal Court](#)) (2005).

Conforme a los apartados 2.L) y 4.I) del artículo 13 –relativos a crímenes cometidos en el contexto de conflictos armados internacionales y no internacionales, respectivamente– el acto de “[m]atar o herir a traición a personas pertenecientes a un país o a un ejército hostil” constituye una violación grave de las leyes y costumbres de la guerra.

República Democrática del Congo, Ley 15/022 de modificación del Código Penal ([Law No. 15/022](#)) (2015).

Conforme a los apartados (2)(k) y (5)(i) del artículo 223 –relativos a crímenes cometidos en el contexto de conflictos armados internacionales y no internacionales, respectivamente–, “a los efectos de esta ley, se entiende por ‘crimen de guerra’ [...] el hecho de matar o herir a traición a personas pertenecientes a un país o a un ejército hostil”.

3. ¿Los hechos de violencia (los ataques intencionales u otras formas de agresión, las amenazas o la interferencia intencional grave con la prestación de asistencia de salud) cometidos contra el personal médico y las instalaciones y los medios de transporte sanitarios se consideran crímenes *sui generis*/específicos conforme al derecho penal nacional, o están comprendidos en la legislación penal general?

India, Ordenanza sobre Enfermedades Epidémicas (Enmienda) ([Epidemic Diseases \(Amendment\) Ordinance](#)) (2020).

Esta ordenanza prevé una sanción penal consistente en pena de prisión de tres meses a cinco años y una multa de entre 50 000 y 200 000 rupias por actos de violencia contra un trabajador de salud que presta servicios durante una epidemia y contra los bienes médicos utilizados en relación con la epidemia. Asimismo, la infracción está sujeta a proceso judicial y no es susceptible de fianza.

China, Ley de Médicos de la República Popular China ([Law on Practicing Doctors of the People's Republic of China](#)) (1998), artículo 40.

“Las personas que obstaculicen la práctica médica llevada a cabo por los médicos conforme a la ley, que insulten, difamen, [amenacen] o golpeen a los médicos, violen su libertad personal o interfieran con su trabajo y su vida normal, serán castigadas conforme a las disposiciones del Reglamento sobre la administración de seguridad y castigos; la responsabilidad penal estará sujeta a proceso judicial con arreglo a la ley aplicable en el caso de delitos penales”.

Sudáfrica, Ley Nacional de Salud ([National Health Act](#)) (2003), apartado 89.

“La persona que obstruye u obstaculiza la acción de un funcionario de salud que desempeña una función conforme a la presente ley es culpable de un delito y será sancionada con una multa o con pena de prisión por un período no mayor de cinco años, o con ambas penas a la vez”.

4. ¿El estatuto de una víctima como prestador de atención de salud, o el estatuto del perpetrador como funcionario civil (con inclusión de los miembros de las fuerzas armadas y de seguridad), constituye un agravante para la imposición de la pena conforme al derecho penal ordinario del país?

Vietnam, Código Penal ([Criminal Code](#)) (2015), artículos 155 (2)(c) y (dd), y 156 (2)(b) y (d).

Los delitos consistentes en insultar y difamar a una persona se castigan con una pena de prisión más prolongada si “se cometen contra una persona que [...] brinda atención médica al delincuente” y si “el delito implica un abuso de posición o de poder por parte del delincuente”.

Bosnia y Herzegovina, Código Penal ([Penal Code](#)) (1976), artículo 348.

“Las siguientes constituirán circunstancias agravantes en el caso de los delitos previstos en los artículos anteriores de este capítulo: [...] si el perpetrador es un funcionario u oficial público encargado de brindar un servicio público [...] y ha abusado de su cargo, de su posición o de la confianza en él depositada”.

5. ¿La legislación y los reglamentos nacionales prevén medidas disciplinarias disuasivas, con inclusión de sanciones penales, aplicables a los miembros de las fuerzas armadas que utilizan los emblemas distintivos con fines diferentes de los autorizados por los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales, tales como utilizar los vehículos de los servicios médicos o las instalaciones de salud marcados con el emblema para transportar u ocultar armas o soldados?

Côte d’Ivoire, Ley n.º 2015-134 ([Law No. 2015-134](#)), que modifica y complementa la Ley n.º 81-640 de 1981 sobre el Código Penal, artículo 139(2).

El uso indebido de los emblemas distintivos de los Convenios de Ginebra que ocasione la muerte o lesiones severas constituye una violación grave de las leyes y costumbres aplicables en los conflictos armados internacionales y se castiga con pena de prisión perpetua.

Australia, Ley del Código Penal ([Criminal Code Act](#)) (1995, modificada), artículo 268.44(1)(c) y (1)(e).

El crimen de guerra consistente en el “uso indebido de los emblemas distintivos de los Convenios de Ginebra” [...] para los fines del combatiente, con miras a ganarse la confianza de un adversario y hacerle creer que el perpetrador tiene derecho a protección, o que el adversario está obligado a brindar protección al perpetrador, con la intención de traicionar esa confianza; y [...] la conducta del perpetrador ocasiona la muerte o lesiones graves” se castiga con prisión perpetua.

Estados Unidos, Manual para las Comisiones Militares ([The Manual for Military Commissions](#)) (2007), sección 950v(b)(19).

Toda persona sujeta al presente capítulo que utilice en forma intencional un emblema distintivo reconocido por el derecho de la guerra para los fines del combatiente de una manera prohibida por el derecho de la guerra será castigada conforme al dictamen de una comisión militar constituida en el marco del presente capítulo. [...] Pena máxima. Reclusión por 20 años.

D. EL PAPEL DE LAS FUERZAS ARMADAS Y DE SEGURIDAD Y DE LOS ORGANISMOS ENCARGADOS DE HACER CUMPLIR LA LEY EN LA PROTECCIÓN DE LA PRESTACIÓN DE ASISTENCIA DE SALUD

Según cómo desempeñen sus funciones en una situación determinada, las fuerzas armadas y de seguridad y los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley pueden ser esenciales e influir favorablemente en la protección de la asistencia de salud o, a la inversa, pueden perjudicarla. Es indispensable integrar las normas que protegen la asistencia de salud en sus políticas y manuales operacionales.

Documento(s) de referencia:

1. [Promoción de prácticas operacionales militares que mejoren la seguridad del acceso a la asistencia de salud y de la prestación de servicios médicos](#)
2. [Proteger la asistencia de salud: Guía para las fuerzas armadas](#)

Ejemplos de cuestiones humanitarias

- Falta de respeto por los principios básicos que rigen la conducción de las hostilidades conforme al DIH.
- Ataques directos contra instalaciones o vehículos sanitarios como partes intencionales de las estrategias militares.
- La omisión de adoptar medidas de precaución antes o después de las hostilidades activas (tanto en operaciones ofensivas como defensivas), con miras a proteger adecuadamente la infraestructura de salud contra daños colaterales que pueden causar su destrucción, por ejemplo, cuando los objetivos militares están ubicados demasiado cerca de las instalaciones de salud o cuando la parte atacante no ha estudiado la zona adecuadamente para identificar la infraestructura protegida antes de lanzar el ataque.
- Falta de respeto por la protección que el DIH confiere a los prestadores de asistencia de salud y a los heridos y enfermos (denegación de asistencia al adversario o a las comunidades que apoyan al adversario, ataques directos, agresiones, amenazas y otras formas de malos tratos).
- Efectos perjudiciales de las operaciones militares, de seguridad y de aplicación de la ley llevadas a cabo en establecimientos de salud o contra los trabajadores de salud, o que de otro modo afecten en forma directa la prestación de asistencia de salud durante los conflictos armados u otras emergencias, por ejemplo:
 - las operaciones de registro y arresto dirigidas contra pacientes en establecimientos de salud que no fueron planificadas e implementadas adecuadamente y que bloquearon por completo el acceso a los hospitales durante horas u obstruyeron el acceso de los médicos a ciertas partes de las instalaciones;
 - el ingreso de armas a los establecimientos de salud;
 - la demora o la denegación del paso de los vehículos sanitarios en los puestos de control, lo cual afecta gravemente la evacuación terrestre de los heridos y enfermos y su traslado a las instalaciones sanitarias.
- El uso indebido intencional de las instalaciones o vehículos sanitarios por fuerzas militares y de seguridad, o de los organismos de aplicación de la ley (por ejemplo, para transportar soldados, armas, equipos militares o de mantenimiento del orden, proteger puestos de mando ubicándolos dentro de los establecimientos de salud, o situar unidades militares o armas dentro de dichos establecimientos o en su cercanía), lo cual, en algunos casos, también puede involucrar la prestación de servicios médicos para encubrir actividades militares, como la obtención de inteligencia.

Preguntas

1. ¿La protección de la asistencia de salud es parte del programa de formación de las fuerzas armadas del Estado (en relación con sus obligaciones en materia de DIH) y de los organismos de seguridad y encargados de la aplicación de la ley (en relación con sus obligaciones en materia de DIH o con sus compromisos conforme a las normas internacionales de aplicación de la ley en todas las circunstancias, incluso en emergencias distintas de los conflictos armados)?
 - a. En caso afirmativo, ¿en qué nivel tiene lugar esa formación y en qué consiste?
 - b. ¿Incluye capacitación sobre las normas que rigen el uso y la protección de los emblemas?
 - c. ¿Incluye información acerca de las sanciones penales y disciplinarias (con inclusión de las sanciones basadas en la responsabilidad de mando) aplicables a las violaciones de las normas que protegen la prestación de asistencia de salud?
 - d. ¿La formación incluye sesiones informativas o de capacitación sobre los siguientes temas?
 - i. las obligaciones profesionales y éticas que incumben a los profesionales de la salud (la imparcialidad en la asistencia de salud, el interés superior de los pacientes y la confidencialidad médica) en todas las circunstancias;
 - ii. el modo en que esas obligaciones pueden entrar en conflicto con algunos de los deberes profesionales de las fuerzas armadas y de seguridad (sobre todo durante los conflictos armados y otras emergencias) y la forma en que deberían resolverse esos conflictos con arreglo a la ley.
2. ¿Cómo se integran en la doctrina militar (en lo que respecta a la conducción de las hostilidades y la protección de las personas) las obligaciones establecidas por el DIH en relación con la protección de la asistencia de salud? (Véase más arriba).
3. Los instrumentos de derecho indicativo (*soft law*), tales como el [Código de conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley](#) y los [Principios Básicos sobre el empleo de la fuerza y de armas de fuego por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley](#), ¿están integrados en la política relativa a la aplicación de la ley?

- 4 En el derecho nacional, ¿se impone a las fuerzas armadas y a los organismos encargados de hacer cumplir la ley la obligación general de asistir activamente a los profesionales de la salud en el desempeño de sus funciones (y, *a fortiori*, de no obstaculizar su labor) en situaciones de emergencia?

¿Esta obligación está expresamente establecida en las doctrinas militares y de aplicación de la ley?

¿La violación de esta obligación está sujeta a sanciones disciplinarias o penales? (Véase más arriba).

- 5 ¿Las políticas o las directrices operacionales militares y de aplicación de la ley incluyen instrucciones específicas sobre los siguientes aspectos?
- a. el nivel de autoridad que puede restringir el movimiento del personal y de los vehículos sanitarios en una zona de operaciones, y las circunstancias excepcionales en las cuales ello puede suceder;
 - b. cómo gestionar, llevar a cabo y ayudar a realizar evacuaciones médicas terrestres durante conflictos armados u otras emergencias;
 - c. cómo gestionar apropiadamente los puestos de control o implementar toques de queda para garantizar la prestación de asistencia de salud en condiciones seguras y sin obstáculos;
 - d. cómo efectuar operaciones de búsqueda y arresto en las instalaciones sanitarias, tanto en el caso de los pacientes como de los trabajadores de salud. Por ejemplo, ¿la política pertinente deja en claro la excepcionalidad de esas operaciones y prevé medidas concretas para reglamentar esas operaciones excepcionales?;
 - e. si está permitido ingresar armas en los establecimientos de salud, y de qué tipo;
 - f. en el caso de las fuerzas armadas, cómo se deben planificar y llevar a cabo las operaciones contra objetivos que están situados en las proximidades de la infraestructura de salud.
- 6 ¿Las políticas militares y de aplicación de la ley prevén que los servicios médicos de esas organizaciones participen en la planificación de operaciones cuya ejecución podría tener efectos perjudiciales para la prestación de asistencia de salud?

Para obtener orientaciones más precisas, consultar el capítulo 3 del manual [Implementación del derecho internacional humanitario a nivel nacional](#), del Servicio de asesoramiento en DIH.

E. RECOPIACIÓN DE DATOS

La recopilación de datos adecuados acerca de la naturaleza y las dimensiones de la violencia contra la asistencia de salud es fundamental para que las autoridades puedan comprender la importancia del problema y adoptar las medidas correspondientes. Dicho de otro modo, los datos relativos a las tendencias de la violencia permiten que los encargados de formular políticas tomen conciencia del fenómeno y que las autoridades adopten medidas preventivas y correctivas. Es de suma importancia establecer un sistema nacional independiente y transparente para la recopilación de datos sobre la violencia contra la asistencia de salud. Dicho sistema debe respetar la confidencialidad médica, distinguirse claramente de la recolección de datos orientada a la responsabilización y garantizar la protección efectiva de los datos procesados.

Documento de referencia: Mesa redonda sobre sistemas nacionales de recopilación de datos ([Round Table on National Data Collection](#), Madrid, 2019).

Ejemplos de cuestiones humanitarias

La legislación que impone a los profesionales de la salud obligaciones relativas a la transmisión de datos que entran en conflicto con el principio de la confidencialidad médica o con otros deberes éticos de dichos profesionales puede tener consecuencias negativas para su capacidad de cumplir sus funciones (por ejemplo, la posibilidad de que la confianza de los pacientes en la profesión médica se vea seriamente erosionada y el riesgo de que se perciba que los profesionales de la salud adhieren a políticas de seguridad ajenas al ejercicio de la medicina). La legislación nacional relacionada con este tipo de recopilación de datos debe formularse de una manera que evite tales situaciones.

Preguntas

1. ¿El Estado cuenta con un mecanismo nacional de recopilación de datos cuyo objetivo sea reunir y analizar datos sobre hechos de violencia contra el personal médico y las instalaciones y medios de transporte sanitarios?
2. Como alternativa, ¿existen iniciativas subnacionales (por ejemplo, provinciales o locales) a tal efecto (en los estados federales, por caso)?
 - a. ¿Cuáles son las disposiciones que reglamentan esos procesos?
 - b. La normativa aplicable a la recopilación de datos para el estudio de la violencia contra la asistencia de salud
 - i. ¿define con claridad las funciones y las responsabilidades de cada entidad participante?
 - ii. ¿define con precisión los casos de violencia sobre los cuales se han de recopilar datos? (por ejemplo, ¿incluye las amenazas de violencia?)
 - iii. ¿define con precisión el tipo de información que se debe o puede presentar en relación con esos casos y garantiza la posibilidad de que esa información se mantenga anónima? En otras palabras, ¿esa normativa respeta el principio de la confidencialidad médica?
 - iv. ¿garantiza la coordinación de las respuestas y estrategias de seguimiento entre las autoridades públicas encargadas del sistema de recopilación y análisis de datos y las entidades de asistencia de salud y personas relevantes?
 - v. ¿garantiza que el proceso se destine exclusivamente a fines de análisis y que los datos recopilados no se usen para enjuiciamientos penales?
 - vi. ¿garantiza que los datos recopilados se protejan adecuadamente en lo que respecta al acceso y uso de los mismos?
3. ¿El Estado cuenta con un sistema específico para identificar, enjuiciar y sancionar el uso indebido de los emblemas (véase más arriba)?

F. MECANISMO DE COORDINACIÓN

En una situación de emergencia, la coordinación entre las partes interesadas ocupa un lugar central en la respuesta efectiva a los actos de violencia contra la asistencia de salud. Es fundamental evaluar si la normativa nacional garantiza que los servicios médicos militares puedan participar en los procesos de toma de decisiones cuando proceda o prevé la existencia de plataformas eficaces para la interacción entre las fuerzas militares o de seguridad y los trabajadores de salud civiles.

Ejemplos de cuestiones humanitarias

- La falta de coordinación y de planificación puede hacer que los servicios de salud se vean innecesariamente expuestos a peligros, por ejemplo, cuando quedan atrapados en el fuego cruzado durante un enfrentamiento activo o cuando falla la comunicación durante la respuesta a un incidente con un elevado número de víctimas.
- La falta de coordinación adecuada suele ser una de las principales causas de los obstáculos indebidos al paso rápido de las ambulancias y otros medios de transporte sanitarios a través de los puestos de control durante los conflictos armados u otras situaciones de emergencia. (Véase la sección D.)
- Cuando los servicios médicos militares no participan adecuadamente en la planificación de las operaciones de seguridad que se van a realizar en los establecimientos de salud, es posible que las fuerzas de seguridad no comprendan en forma cabal las limitaciones operacionales impuestas por las consideraciones relativas a la ética médica.

Preguntas

1. ¿El Estado cuenta con un plan nacional (o regional) para coordinar la respuesta de emergencia durante conflictos armados y otras emergencias? En otras palabras, ¿existe un plan nacional de respuesta especialmente formulado para esas situaciones (a diferencia de las respuestas a las catástrofes naturales, que podrían involucrar otros tipos de actividades de coordinación y de partes interesadas)?
 - a. En caso afirmativo, ¿cuál es el marco normativo de este proceso?

- b. ¿Este plan incluye aspectos específicamente destinados a fortalecer la protección del personal y de las instalaciones de salud durante los conflictos armados u otras situaciones de emergencia (por ejemplo, líneas directas de comunicación con las fuerzas armadas y de seguridad para solicitar asistencia y protección en caso de peligro)?
- c. ¿Se organizan simulacros y ejercicios de capacitación en relación con conflictos armados y otras situaciones de emergencia? ¿En esas actividades participan tanto los profesionales de la salud como los miembros de las fuerzas armadas y de seguridad?

Nueva Zelanda, *Ley de gestión de emergencias de la protección civil* (*Civil Defence Emergency Management Act*) (2002).

1. El objetivo de esta ley es “prever la planificación y la preparación para emergencias y para la respuesta y la recuperación en el caso de una emergencia, y alentar la coordinación de la gestión de emergencias, la planificación y las actividades relacionadas con la gestión de emergencias de la protección civil en todas las entidades y organizaciones que intervienen en la prevención o la gestión de emergencias”. A los efectos de esta ley, las emergencias pueden consistir, entre otras cosas, en un “ataque o un acto de guerra real o inminente”.
 - Cuando se activa la ley, todos los consejos regionales y todas las autoridades territoriales de la región deberán establecer un grupo de gestión de emergencias de protección civil formado por los representantes de diversas instituciones públicas, con inclusión de las fuerzas policiales y los servicios médicos. El grupo debe “tomar todas las medidas necesarias, en forma constante, para mantener y proveer o disponer la provisión de personal adecuadamente capacitado y competente, con inclusión de voluntarios, así como una estructura organizativa apropiada para dicho personal, garantizando así la gestión de emergencias de la protección civil en su zona, [...] responder y hacer frente a los efectos adversos de casos de emergencia que ocurran en su zona, y planificar y ejecutar actividades de recuperación”.
 - Los servicios de emergencia, que comprenden a la “Policía de Nueva Zelanda, los Bomberos de Nueva Zelanda y los prestadores de servicios de salud y de servicios para personas con discapacidad” deben cooperar y asistir al grupo en el desempeño de sus funciones.
 - El grupo también está facultado para “efectuar ejercicios, prácticas y simulacros de gestión de emergencias y protección civil”.

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.