



PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS OPERACIONALES MILITARES QUE MEJOREN LA SEGURIDAD DEL ACCESO A LA ASISTENCIA DE SALUD Y DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS

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



CICR



CICR

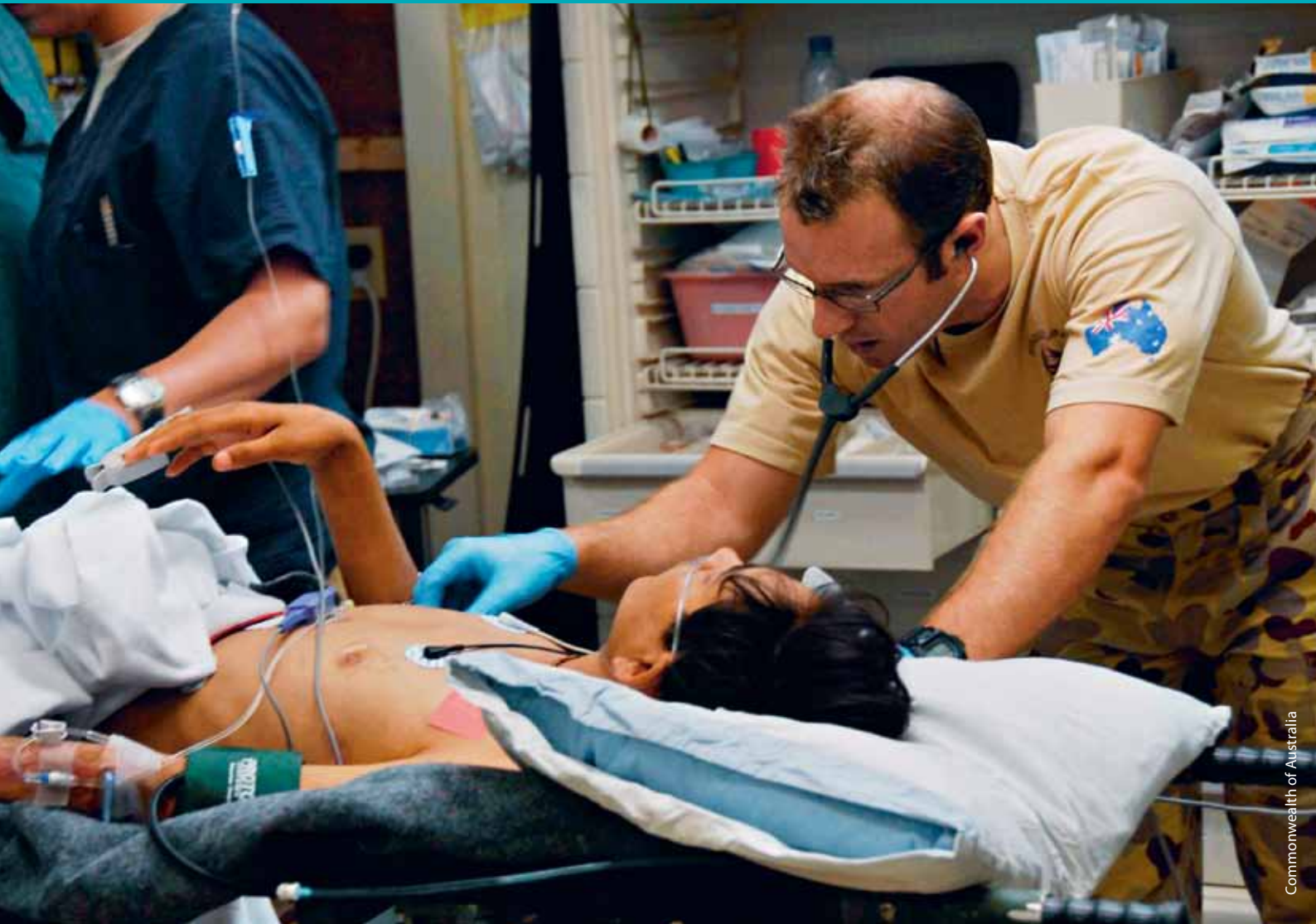
Comité Internacional de la Cruz Roja
19, avenue de la Paix
1202 Ginebra, Suiza
T +41 22 734 60 01 F +41 22 733 20 57
shop@icrc.org www.icrc.org
© CICR, febrero de 2015

Foto de portada: Crown copyright 2014

**PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS
OPERACIONALES MILITARES
QUE MEJOREN LA SEGURIDAD
DEL ACCESO A LA ASISTENCIA
DE SALUD Y DE LA PRESTACIÓN
DE SERVICIOS MÉDICOS**

ÍNDICE

1. INTRODUCCIONES	7
1.1 Peter Varghese (Oficial de la Orden de Australia) Secretario del Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio, Gobierno de Australia	7
1.2 Dra. Helen Durham Directora de Derecho Internacional y Doctrina, Comité Internacional de la Cruz Roja	8
2. SÍNTESIS	11
3. DEFINICIONES	13
4. MEDIDAS PRÁCTICAS DE MITIGACIÓN IDENTIFICADAS EN COLABORACIÓN CON LAS FUERZAS ARMADAS	17
4.1 El punto de partida	17
4.2 Consultas bilaterales con fuerzas armadas de los Estados	18
4.3 Taller de expertos militares celebrado en Sídney, Australia	19
4.4 Fuentes del presente informe	21
5. CUESTIONES Y MEDIDAS PRÁCTICAS	23
Cuestión 1: Evacuaciones por tierra	23
1.1 Problema humanitario	23
1.2 Consecuencias humanitarias	23
1.3 Derecho aplicable	24
1.4 Medidas prácticas	24
Cuestión 2: Operaciones de búsqueda en instalaciones de salud	25
2.1 Problema humanitario	25
2.2 Consecuencias humanitarias	25
2.3 Derecho aplicable	26
2.4 Medidas prácticas	27
Cuestión 3: Precauciones durante los ataques (operaciones ofensivas y defensivas)	28
3.1 Problema humanitario	28
3.2 Consecuencias humanitarias	28
3.3 Derecho aplicable	28
3.4 Medidas prácticas	29
6. REFERENCIAS	33
7. ANEXOS	35
Anexo 1 - Compendio de medidas prácticas	35
1.1 Evacuaciones por tierra	35
1.2 Operaciones de búsqueda en instalaciones de salud	38
1.3 Precauciones durante los ataques (operaciones ofensivas y defensivas)	41
Anexo 2 - El proyecto asistencia de salud en peligro	46
Anexo 3 - Tipos de actos de violencia cometidos por las fuerzas armadas estatales y sus efectos	48



1. INTRODUCCIONES

1.1 Peter Varghese (Oficial de la Orden de Australia) Secretario del Departamento de Relaciones Exteriores y Comercio, Gobierno de Australia

El proyecto Asistencia de salud en peligro del CICR tiene por objeto encarar el grave y permanente problema que representan los actos de violencia contra el personal de salud, las instalaciones sanitarias y los pacientes durante conflictos armados y otras situaciones de violencia. Un estudio realizado por el CICR en dieciséis países entre 2008 y 2010 dio cuenta de un inquietante escenario de violencia e inseguridad, caracterizado por la denegación del acceso a la asistencia médica, la detención de agentes de salud y los ataques directos contra estos y contra las instalaciones de salud. Todos estos actos constituyen violaciones del derecho internacional humanitario y del derecho internacional de los derechos humanos.

Desde 2012, el CICR lleva adelante un proyecto importante y oportuno, en consulta con profesionales de la salud, los Estados partes en los Convenios de Ginebra y otros colectivos interesados, cuyo objetivo es elaborar recomendaciones prácticas encaminadas a mejorar la prestación de servicios de asistencia de salud eficaces e imparciales durante conflictos armados y otras crisis.

En consonancia con su tradicional apoyo a la implementación de los Convenios de Ginebra, a Australia le complace actuar como asociado diplomático del CICR en el desarrollo del proyecto Asistencia de salud en peligro. Australia reconoce la importancia mundial del CICR en la esfera de la protección humanitaria, en particular debido a su especial capacidad de acceso y su voluntad de ayudar a las personas vulnerables en las partes más peligrosas y remotas del mundo. Desde 2013, el apoyo de Australia incluye un aporte de 1,5 millones de dólares australianos para la ejecución del proyecto, además de la contribución anual básica de Australia al CICR (44 millones de dólares australianos entre 2013 y 2014).

En su calidad de asociado diplomático clave del proyecto Asistencia de salud en peligro, Australia organizó junto con el CICR un taller de expertos sobre prácticas operacionales militares, que se celebró en Sídney entre el 9 y el 12 de diciembre de 2013. Este taller era parte de una serie de actividades de investigación y de consulta sobre diversos temas, realizadas por el CICR junto con sus asociados en el marco del proyecto. El taller reunió a 27 representantes de fuerzas armadas de los Estados y de organizaciones internacionales, y su finalidad era examinar las medidas prácticas que ayuden a garantizar que los civiles y los militares heridos y enfermos gocen de acceso seguro a servicios de asistencia de salud eficaces e imparciales en conflictos armados y otras situaciones de violencia.

Australia acoge con beneplácito el presente informe, que constituye la culminación de las consultas y actividades de investigación de nivel mundial emprendidas por el CICR como parte del proyecto "Asistencia de salud en peligro". El informe contribuye en forma eficaz al fortalecimiento de la protección de la asistencia de salud en conflictos armados y otras situaciones de violencia.

1.2 Dra. Helen Durham

Directora de Derecho Internacional y Doctrina, Comité Internacional de la Cruz Roja

Ciento cincuenta años atrás, se firmó el Primer Convenio de Ginebra, cuyo objetivo era brindar protección a los enfermos y heridos y a los servicios de asistencia de salud que los atendían en los campos de batalla. Ese sucinto instrumento jurídico fue resultado de las propuestas y del activismo de Henry Dunant, fundador del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, quien, cinco años antes, había presenciado, con honda consternación, las consecuencias de la batalla de Solferino y el enorme número de víctimas militares, que superaba ampliamente los limitados recursos de los servicios médicos y la buena voluntad de la población local.

Hace cien años, mientras estallaban las sangrientas batallas de la Primera Guerra Mundial, ninguna de las fuerzas armadas estaba preparada para recibir y atender a las innumerables víctimas de los conflictos de la era industrial. Las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja –otro logro de la visión de Henry Dunant– desempeñarían un papel clave e inédito en todos los frentes y también entre las partes en guerra, como auxiliares de los servicios médicos militares. Ese período fue testigo de avances impresionantes, por ejemplo, la provisión de transfusiones de sangre y la prevención de la septicemia en los hospitales de campaña.

Hoy en día, pese a los importantes progresos de la medicina y del conocimiento y la creciente aceptación del derecho internacional humanitario, el CICR sigue luchando por mejorar la seguridad del acceso a la asistencia de salud y de la prestación de servicios médicos para las víctimas de conflictos armados y otras situaciones de emergencia. En los conflictos armados contemporáneos, es muy frecuente que las partes lancen ataques directos contra las instalaciones de salud para privar al enemigo de servicios médicos. Si bien el impacto de esas tácticas es fácil de comprobar en el caso de los heridos y enfermos, sus efectos colaterales en toda la población, que queda impedida de acceder a esos servicios esenciales, son dramáticos. Sin embargo, esas consecuencias a menudo no se tienen en cuenta como cuestión humanitaria.

El CICR viene trabajando hace más de un año con personal militar de todo el mundo con miras a identificar medidas prácticas para mitigar las consecuencias que las operaciones militares tienen para los servicios de asistencia de salud, los enfermos y los heridos, sin que por ello los militares dejen de desempeñar sus funciones. El presente informe expone las medidas elaboradas de resultados de esos diálogos. Los militares que participaron en el proceso demostraron profesionalismo e hicieron gala de un espíritu constructivo, confirmando así que forman parte de la solución y que son actores clave en la prestación de asistencia de salud.

A través de su red de delegados especialistas que actúan ante las fuerzas armadas, el CICR está dispuesto a prestar apoyo a todas las fuerzas armadas animadas por el mismo espíritu constructivo para la implementación de las medidas prácticas que se presentan para su consideración. Como siempre, el objetivo básico de la Institución sigue siendo la prestación de asistencia, sin distinciones ni discriminación, para todas las víctimas de conflictos armados y otras situaciones de emergencia.



2. SÍNTESIS

En muchas partes del mundo, la violencia sigue perturbando o desbaratando el funcionamiento de los servicios de asistencia de salud cuando más se los necesita: en conflictos armados y otras situaciones de emergencia. Como resultado de ello, innumerables civiles y combatientes heridos y enfermos mueren a causa de heridas a las que normalmente sobrevivirían, mientras que muchos otros sufren innecesariamente las consecuencias de problemas de salud que de otro modo serían fácilmente tratables. Sin embargo, pese a sus graves consecuencias, no se presta la debida atención a este problema humanitario.

Preocupado por la falta de respeto hacia las actividades de asistencia de salud y sus beneficiarios en virtud del derecho internacional humanitario (DIH) y de otros ordenamientos jurídicos pertinentes, en agosto de 2011 el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) lanzó un proyecto polifacético denominado "Asistencia de salud en peligro" (HCiD, por sus siglas en inglés). En una serie de reuniones impulsadas por el CICR y realizadas en asociación con diferentes Estados y organizaciones, se han examinado los distintos aspectos de los servicios de asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. Para ello, reconociendo la índole integral de estas cuestiones, se movilizó a los colectivos interesados principales para que hallaran soluciones prácticas en sus respectivos ámbitos de responsabilidad. Habida cuenta del papel fundamental que desempeñan las fuerzas armadas del Estado y del impacto que pueden tener las operaciones militares en el acceso seguro a la asistencia de salud o en la prestación de servicios médicos, el CICR llevó a cabo un amplio proceso de consultas con militares de todo el mundo. Se celebraron consultas confidenciales bilaterales con personal militar de 29 países, así como con dos organizaciones multilaterales militares o relacionadas con la defensa. Además, el CICR y el gobierno de Australia organizaron un taller sobre el tema, que se celebró en Sídney con la participación de 27 oficiales superiores de 20 países.

Las consultas se centraron en identificar medidas prácticas encaminadas a mitigar los efectos de las operaciones militares en tres esferas o instancias específicas, debido a sus importantes efectos en la seguridad del acceso a la asistencia de salud y de la prestación de servicios médicos:

- Demoras o prohibición de paso de los vehículos médicos, lo que afecta la evacuación por tierra de heridos y enfermos, particularmente en los puestos de control.
- El impacto negativo de las operaciones militares de búsqueda en hospitales y otras instalaciones de salud.
- Daños al personal de salud, los vehículos sanitarios y las instalaciones de salud, así como a los pacientes, causados por el despliegue de objetivos militares dentro de los centros de asistencia de salud o en sus proximidades, o por el ataque a objetivos militares situados dentro de centros de asistencia de salud o en sus proximidades.

Los resultados de las consultas reflejaron, en términos generales, que había margen y voluntad para elaborar medidas prácticas que pudiesen incorporarse en las órdenes, normas de enfrentamiento, procedimientos operacionales uniformes u otros documentos pertinentes, así como en el adiestramiento, a fin de encarar las cuestiones identificadas. Como consecuencia y resultado del proceso de consulta con los militares, el CICR ha preparado el presente informe, en el que expone una serie de medidas prácticas que abarcan aspectos relacionados con la planificación y conducción de las operaciones militares. Se espera que, al adoptar e implementar estas medidas prácticas, siempre que sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional, las fuerzas armadas de los Estados y sus respectivas autoridades logren evitar o minimizar los efectos negativos de sus operaciones en el acceso seguro a la asistencia de salud y en la prestación de servicios médicos.



3. DEFINICIONES¹

Habida cuenta de que el proyecto “Asistencia de salud en peligro” aborda varias situaciones diferentes, los términos utilizados en esta publicación, como “personal de salud”, “instalaciones de salud” y “vehículos sanitarios” deben entenderse en forma más amplia que los términos “personal sanitario”, “unidades sanitarias” y “medios de transporte sanitarios” empleados en el contexto del derecho internacional humanitario (DIH), que se aplica durante los conflictos armados. Los términos “personal sanitario”, “unidades sanitarias” y “medios de transporte sanitarios” corresponden a la definición del DIH cuando han sido destinados exclusivamente a fines médicos por una autoridad competente o una parte en el conflicto. En el contexto del proyecto “Asistencia de salud en peligro”, el personal de salud, las instalaciones de salud y los vehículos sanitarios pueden corresponder a las personas y objetos abarcados por el proyecto aunque no hayan sido asignados para ese servicio por una parte en un conflicto.

Por “**instalaciones de salud**” se entienden los hospitales, laboratorios, clínicas, puestos de primeros auxilios y centros de transfusión de sangre, así como los almacenes y farmacias de esas instalaciones^a.

Por “**personal de salud**” se entienden:

- las personas con calificaciones profesionales en materia de salud, como médicos, enfermeros, paramédicos, fisioterapeutas, farmacéuticos;
- las personas que trabajan en hospitales, clínicas y puestos de primeros auxilios, conductores de ambulancias, administradores de hospitales o personal que desempeña sus tareas profesionales en la comunidad;
- el personal y los voluntarios de salud del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja;
- el personal sanitario de las fuerzas armadas;
- el personal de las organizaciones internacionales y no gubernamentales que despliegan actividades en el ámbito de la salud;
- los socorristas^b.

Por “**vehículos sanitarios**” se entienden las ambulancias, los buques y embarcaciones sanitarios y las aeronaves sanitarias, sean civiles o militares, y los medios de transporte que trasladan a los heridos y enfermos y al personal de salud, así como los materiales o equipos médicos. El término incluye todos los vehículos utilizados para brindar asistencia de salud, incluso si no han sido asignados exclusivamente al transporte sanitario y no se hallan bajo el control de una autoridad competente de una parte en un conflicto, como los automóviles privados que se emplean para trasladar heridos y enfermos a un centro de salud, los medios de transporte que llevan insumos médicos y los vehículos personales que trasladan a agentes de salud a sus lugares de trabajo (por ejemplo, para la aplicación de vacunas o para trabajar en clínicas móviles).

A los efectos de esta publicación, una **ambulancia** es un medio de transporte local que traslada, en las mejores condiciones posibles de seguridad y comodidad, a personas heridas y gravemente enfermas a un lugar donde puedan recibir la atención médica o quirúrgica que necesitan y donde se estabiliza su estado. El transporte puede realizarse desde el lugar de un incidente hasta un centro de salud o entre dos centros de salud.

^a CICR, *Asistencia de salud en peligro: la realidad del problema*, CICR, Ginebra, 2011.

^b CICR, *Asistencia de salud en peligro: guía para el personal de salud que trabaja en conflictos armados y otras emergencias*, CICR, Ginebra, 2012.

¹ Cuando una de las definiciones consignadas en el presente va más allá de lo indicado en un tratado específico, no debe interpretarse que esa definición se extiende en el derecho. Asimismo, ninguna parte de este documento extiende las definiciones u obligaciones contenidas en el DIH ni en ningún otro ordenamiento jurídico.

El DIH define los términos “transporte sanitario”, “medio de transporte sanitario”, “vehículo sanitario”, “buque y embarcación sanitarios” y “aeronave sanitaria” en el artículo 8 (f) – (j) del Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I).

El DIH también utiliza los términos “transporte” o “medio de transporte” en relación con:

- el uso del emblema;
- los fines médicos listados en el artículo 8 (e) del Protocolo adicional I;
- la misma protección para los vehículos sanitarios que para las unidades sanitarias móviles indicadas en los artículos 12 y 21 del Protocolo adicional I;
- las actividades del personal sanitario en relación con los heridos y enfermos y la protección de los medios de transporte sanitarios y de los emblemas distintivos con arreglo a las normas 25, 29–30 y 109 del DIH consuetudinario equivalente al DIH convencional^c.

^c Jean-Marie Henckaerts y Louise Doswald-Beck, *El derecho internacional humanitario consuetudinario - Volumen I: Normas*; y Jean-Marie Henckaerts y Louise Doswald-Beck (eds.), *Customary International Humanitarian Law, Volume II: Practice*, Partes I y II, Cambridge University Press, 2005. V. también la base de datos actualizada sobre el DIH consuetudinario: <http://www.icrc.org/customary-ihl/eng/docs/home> (consultada el 10 de julio de 2014).



4. MEDIDAS PRÁCTICAS DE MITIGACIÓN IDENTIFICADAS EN COLABORACIÓN CON LAS FUERZAS ARMADAS

4.1 El punto de partida

El polifacético proyecto HCiD del CICR se inició en agosto de 2011, en respuesta a la creciente preocupación humanitaria motivada por la inobservancia de la protección que debe conferirse a los prestadores de asistencia de salud y a sus beneficiarios en virtud del DIH y otros ordenamientos jurídicos aplicables.

Buena parte del impulso que dio lugar al desarrollo de este proyecto cuatrienal se generó a partir de un estudio realizado por el CICR de los escenarios de violencia que deterioran la prestación de servicios de salud, efectuado en 16 países entre julio de 2008 y diciembre de 2010².

Los resultados del estudio presentan un panorama sombrío, que describe la naturaleza generalizada y polifacética de la violencia contra los pacientes y contra los servicios de asistencia de salud. Empero, el estudio no logró captar el alcance real del problema, particularmente en las zonas adonde las organizaciones humanitarias y los medios no pueden llegar.

Algunas de las conclusiones principales del estudio fueron las siguientes:

- Los ataques contra las instalaciones de salud durante conflictos armados y otras situaciones de emergencia pueden clasificarse en cuatro categorías principales:
 - ataques deliberados para obtener ventajas militares;
 - ataques deliberados por razones políticas, religiosas o étnicas;
 - bombardeo no intencional o “daño colateral”;
 - robo de medicamentos y equipos médicos.
- Esos ataques afectan la prestación de asistencia de salud porque:
 - impiden a los pacientes, al personal médico y a los proveedores acceder a las instalaciones de salud;
 - interrumpen el suministro de agua y de electricidad;
 - causan el desplazamiento de civiles, incluso del personal de salud, a zonas más seguras donde las instalaciones de salud son inexistentes o inadecuadas;
 - obstaculizan la implementación de programas de asistencia de salud importantes, como las campañas de vacunación.

La conclusión del estudio fue que, en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia, se producen consecuencias graves y generalizadas para los heridos y los enfermos y para los servicios de asistencia de salud. El estudio ilustró la necesidad urgente de garantizar la seguridad de los heridos y enfermos y de la prestación de servicios de asistencia de salud en esas situaciones.

² Comité Internacional de la Cruz Roja, *Asistencia de salud en peligro: estudio realizado en dieciséis países*, CICR, Ginebra, agosto de 2011, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/report/hcid-report-2011-08-10.htm> (consultado el 10 de julio 2014) (en inglés).

La gravedad y la frecuencia de estas violaciones e incidentes indujeron a la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, celebrada en noviembre de 2011³, a solicitar al CICR que iniciara consultas con los colectivos interesados principales a fin de formular medidas prácticas para mejorar la seguridad del acceso a la asistencia de salud y de la prestación de servicios de asistencia de salud, y que informara de los avances logrados a la XXXII Conferencia Internacional en 2015.

Examinando las tendencias identificadas en el estudio de 16 países, se solicitó a los equipos sobre el terreno del CICR en 23 países en los que la Institución lleva adelante actividades operacionales que realizaran una recopilación sistemática de información sobre incidentes que afectaban el acceso a la asistencia de salud. Esa información se organizó en forma mensual y, sobre esa base, el CICR publicó un segundo informe en mayo de 2013, en el que se analizaron los datos relativos a 921 incidentes de violencia que afectaron la asistencia de salud entre enero y diciembre de 2012⁴ y un tercer informe en abril de 2014, en el que se analizaron 1.809 incidentes registrados entre enero de 2012 y diciembre de 2013⁵. En el Anexo 3 de este informe, se presenta un resumen de los datos recopilados entre enero de 2012 y diciembre de 2013 y las fuerzas armadas estatales que participan en los incidentes.

4.2 Consultas bilaterales con fuerzas armadas de los Estados

A la luz de su experiencia operacional y de los estudios mencionados, el CICR ha identificado tres ámbitos pertinentes para las operaciones y prácticas de las fuerzas armadas de los Estados que tienen potenciales impactos en el acceso seguro a la asistencia de salud:

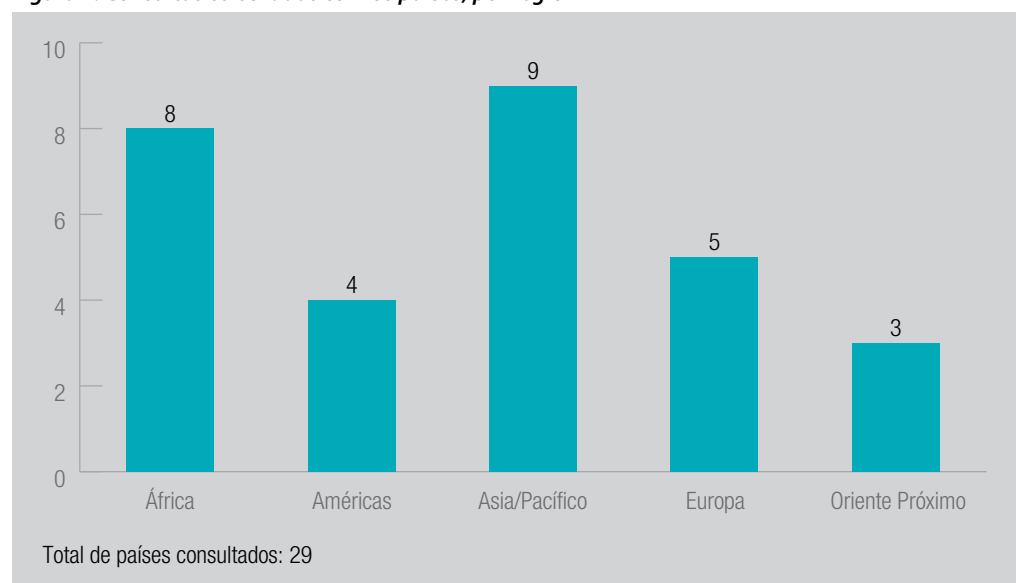
1. Demoras o denegaciones de paso en el contexto de la evacuación por tierra de personas heridas y enfermas (incluido el paso por puntos de control).
2. Operaciones de búsqueda en instalaciones de salud, que perturban la prestación de los servicios de atención médica.
3. Daños al personal de salud, a los transportes sanitarios y a las instalaciones de salud causados al desplegar objetivos militares dentro de los centros de asistencia de salud o en sus proximidades, o al atacar objetivos militares situados dentro de centros de asistencia de salud o en sus proximidades.

En preparación para el taller de Sídney, el CICR celebró 31 consultas bilaterales confidenciales con representantes de las fuerzas armadas de 29 países, así como con dos organizaciones multilaterales militares o relacionadas con la defensa. Habida cuenta de que las consultas se realizaron de manera anónima, no se revelan los nombres de los países participantes. No obstante, se buscó garantizar la representación a nivel mundial de fuerzas armadas estatales con experiencias de combate recientes.

3 Comité Internacional de la Cruz Roja, *Health Care in Danger: Violent incidents affecting health care, January to December 2012* (Asistencia de salud en peligro: incidentes violentos que afectan la asistencia de salud, enero a diciembre de 2012), CICR, Ginebra, mayo de 2013, disponible en: http://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incidents-report_en_final.pdf (consultado el 10 de julio de 2014).

4 Comité Internacional de la Cruz Roja, *Health Care in Danger: Violent incidents affecting health care, January 2012 to December 2013* (Asistencia de salud en peligro: incidentes violentos que afectan la asistencia de salud, enero de 2012 a diciembre de 2013), CICR, Ginebra, abril de 2014, disponible en: <http://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4196.pdf> (consultado el 10 de julio de 2014).

5 Comité Internacional de la Cruz Roja, *Health Care in Danger: Violent incidents affecting health care, January 2012 to December 2013*, CICR, Ginebra, abril de 2014, disponible en: <http://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4196.pdf> (consultado el 10 de julio de 2014).

Figura 1. Consultas celebradas con los países, por región

El objetivo de las consultas era identificar las medidas operacionales prácticas existentes para asegurar la protección de los pacientes, los agentes de salud, las instalaciones médicas y los transportes sanitarios contra las consecuencias de las operaciones militares en conflictos armados y otras situaciones de emergencia.

Más concretamente, la finalidad era analizar las tres cuestiones señaladas precedentemente desde cinco puntos de vista:

- si la doctrina vigente (en el sentido más amplio del término) prevé orientaciones teóricas acerca de la manera de encarar las cuestiones señaladas;
- si los procedimientos operacionales uniformes, las órdenes operacionales u otros documentos pertinentes prevén medidas prácticas para encarar las cuestiones señaladas;
- si, en la práctica operacional, se formulan medidas concretas para encarar las cuestiones señaladas más allá de las orientaciones teóricas previstas en la doctrina o medidas prácticas ordenadas en forma directa por los niveles jerárquicos superiores;
- si la educación militar proporciona conocimientos teóricos acerca de la forma de encarar las cuestiones señaladas o si el adiestramiento prevé experiencias prácticas con ese fin;
- si existen los mecanismos necesarios para denunciar y sancionar las conductas inapropiadas.

En general, los resultados de las consultas tendieron a demostrar que había margen para elaborar medidas prácticas que se podían incorporar en la doctrina, en las órdenes y en el adiestramiento a fin de encarar los tres problemas señalados como particularmente pertinentes para las fuerzas armadas estatales. Sin embargo, sería demasiado simplista concluir que las fuerzas armadas en general no tienen en cuenta estas cuestiones. Si bien los diálogos fueron constructivos y productivos, reflejaron las dificultades que afrontan los miembros de las fuerzas armadas a la hora de intercambiar con libertad información relativa a temas doctrinarios y órdenes militares que, habitualmente, constituyen información clasificada. Los resultados de las conversaciones también dependían en gran medida de la experiencia personal de los oficiales entrevistados.

A partir de las consultas bilaterales, quedó en claro que las fuerzas armadas estatales tenían soluciones prácticas para las cuestiones que afectan a los heridos y enfermos, las instalaciones de salud, el personal de salud y los transportes sanitarios durante conflictos armados y otras situaciones de emergencia y que fueron identificadas por el CICR durante su investigación de este tema.

4.3 Taller de expertos militares celebrado en Sídney, Australia

El objetivo general del taller era identificar y examinar la implementación de medidas prácticas para mejorar la seguridad del acceso a la asistencia de salud y de la prestación de asistencia de salud imparcial

sin obstaculizar la conducción de las operaciones militares. Durante el debate, los participantes tomaron en cuenta los resultados de las consultas bilaterales, así como las lecciones adquiridas durante ese proceso.

En el taller, la tarea de los participantes consistió en identificar y elaborar medidas prácticas destinadas a facilitar la prestación de servicios de asistencia de salud, más que en considerar el modo de encarar las posibles violaciones después de ocurridas. Por lo tanto, al examinar y desarrollar esas medidas prácticas, los participantes echaron mano a su propia experiencia como expertos operacionales, médicos y jurídicos recientemente asignados a zonas de conflicto.

Los participantes no evaluaron si los incidentes indicados en la investigación y en las conclusiones del CICR constituían violaciones del DIH y no consideraron ni evaluaron la eficacia del derecho internacional y nacional para encarar esas violaciones⁶. Los participantes tampoco analizaron si las leyes vigentes eran apropiadas en el sentido de otorgar suficiente protección a los agentes de salud y a las instalaciones médicas ni si esas leyes se utilizaban con eficacia para sancionar a los presuntos perpetradores.

Los participantes no procuraron analizar ni validar las conclusiones de la investigación realizada por el CICR en relación con los efectos de la violencia en los heridos y enfermos, las instalaciones médicas, el personal de salud y los transportes sanitarios. Los participantes aceptaron que el hecho de identificar, divulgar y, en los casos factibles, adoptar unas medidas prácticas mejores que facilitarían el acceso y la prestación de servicios de asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia ayudarían a alcanzar mejores resultados para los militares, los heridos y enfermos y los agentes de salud. Los participantes en el taller tampoco buscaron asignar responsabilidades (por ejemplo, a los actores no estatales o a otros Estados que incumplen las normas) por los ataques contra el personal de salud.

Así pues, los participantes en el taller limitaron sus debates a las tres cuestiones identificadas por el CICR como problemas que causan particular preocupación y que constituyeron la base de las anteriores consultas celebradas con los representantes de las fuerzas armadas de 29 países: la evacuación por tierra, las operaciones de búsqueda en instalaciones de salud y las precauciones en los ataques.

El taller se desarrolló en sesiones plenarias y se formaron tres grupos de trabajo. Un documento de antecedentes en el que se reseñaban las cuestiones planteadas en los debates con las fuerzas armadas estatales ya mencionados formó la base de los debates celebrados en los tres grupos de trabajo. Cada grupo de trabajo encaró uno de los temas desde el punto de vista de la planificación, la conducción o la coordinación. De este modo, las cuestiones se analizaron desde distintos puntos de vista, cada uno de los cuales se superponía a los otros y los complementaba.

En general, tanto los participantes como los organizadores evaluaron que el taller de Sídney tuvo buenos resultados. La combinación dinámica de los expertos presentes y su preparación previa contribuyeron a generar debates animados y constructivos. Cabe destacar dos puntos generales. En primer lugar, aprovechando sus recientes experiencias operacionales, los participantes demostraron un interés auténtico y la voluntad de proponer soluciones prácticas a las cuestiones de preocupación señaladas por el CICR. En segundo lugar, no sólo se reafirmó la relevancia del DIH (y de otros regímenes jurídicos aplicables), sino que se observó también una predisposición general a ir más allá de lo que exigen estos ordenamientos jurídicos, cuando ello es factible y práctico.

Es interesante señalar que, si bien reconocieron plenamente que las circunstancias son muy distintas según el contexto operacional de que se trate (por ejemplo, en términos de mando y control, amenazas y seguridad), los participantes consideraron que las medidas prácticas propuestas en relación con los controles de los movimientos por tierra y las búsquedas efectuadas en las instalaciones de salud podían aplicarse a cualquier operación militar, independientemente de la clasificación jurídica de la situación (esto es, si alcanza el umbral necesario para ser considerada un conflicto armado o no). Los participantes opinaron que no era necesariamente la clasificación del conflicto, sino los aspectos específicos y prácticos de cada actividad (por ejemplo, el entorno físico y los riesgos del puesto de control o la índole

⁶ Los marcos normativos nacionales se analizaron por separado en otro taller HClD celebrado en enero de 2014 en Bruselas.

de la búsqueda) lo que determinaba si las medidas prácticas eran pertinentes en las circunstancias del caso o, más particularmente, si esas medidas podían implementarse o no.

Durante el último día del taller, los participantes analizaron las medidas que se habían identificado durante las consultas bilaterales confidenciales y que se habían destacado en el documento de antecedentes del taller. Esos elementos fueron validados por los participantes y representan un resultado intermedio del proceso general. Un segundo grupo de trabajo se centró en el formato de los resultados del proceso, a fin de reforzar su efecto. Concluyeron por recomendar la elaboración de tres productos como resultado de todo el proceso, a saber:

- Una carta dirigida a nivel de Jefe de Estado Mayor o de Ministro, que resuma las cuestiones y la necesidad de adoptar medidas al respecto.
- Un informe donde se expliquen las cuestiones y el proceso en mayor detalle.
- Un anexo donde se expongan las medidas prácticas en términos directos, para facilitar su implementación por los comandantes.

4.4 Fuentes del presente informe

El presente informe fue producido por el CICR como culminación del proceso de consulta. Se elaboró una serie de medidas prácticas para su consideración por las fuerzas armadas de los Estados con el fin de mitigar el efecto de las operaciones militares en el acceso a la asistencia de salud y la prestación de ese servicio en condiciones seguras. Esas medidas prácticas se basan en los siguientes elementos:

- El estudio de 16 países.
- Otros informes del CICR acerca de cuestiones relativas a la asistencia de salud.
- Las consultas bilaterales confidenciales con los representantes de las fuerzas armadas de los Estados.
- El documento de antecedentes del taller de Sídney, validado el último día del taller.
- Las actas y las presentaciones de los grupos de trabajo en el taller de Sídney.
- El informe intermedio de los copresidentes acerca del taller de Sídney.
- Las recomendaciones del taller de Sídney respecto de los productos que se han de elaborar.
- Los conocimientos y la experiencia de primera mano del CICR en relación con las cuestiones relativas a la asistencia de salud sobre el terreno.

Durante la elaboración de las medidas prácticas, teniendo en cuenta las experiencias sobre el terreno y en consonancia con las demás medidas propuestas, se añadieron dos elementos que no se habían mencionado durante las consultas bilaterales y el taller. Con respecto al primer ámbito de interés, las *evacuaciones por tierra*, una medida para reglamentar las excepciones para las evacuaciones médicas en caso de toque de queda. En segundo lugar, se consideró que muchas de las medidas de coordinación identificadas para el primer ámbito de interés, *evacuaciones por tierra*, y para el segundo ámbito de interés, las *operaciones de búsqueda* en instalaciones de salud, también serían aplicables al tercer ámbito de interés, las *precauciones durante los ataques*.



LA COMANDANTE EN JEFE FUERZAS ARMADAS COLOMBIANAS
FINANCIÓ CON APOYO DEL
COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA
DEBUCACIÓN EN COLOMBIA
PROYECTO DEL COMANDO EN JEFE FUERZAS
ARMADAS COLOMBIANAS
MISIÓN MEDICA
BOGOTÁ, D.C.



5. CUESTIONES Y MEDIDAS PRÁCTICAS

CUESTIÓN 1: EVACUACIONES POR TIERRA

1.1 Problema humanitario

Para asegurar el éxito de sus operaciones y alcanzar los objetivos humanitarios, las fuerzas armadas o de seguridad a menudo ejercen el control de los movimientos por tierra dentro de su zona de responsabilidad. El control del territorio durante conflictos armados u otras situaciones de emergencia puede generar una serie de problemas de seguridad para la parte o el actor que ejercen el control. Los militares apostados en los cortes de carretera o puestos de control a veces se sienten particularmente vulnerables al realizar estas tareas (y con frecuencia lo son), porque se hallan especialmente expuestos. También se presentan problemas de seguridad cuando existe el riesgo de que las partes en los conflictos armados empleen indebidamente los transportes sanitarios para fines ajenos a la asistencia de salud (incluso para fines militares). Al realizar los controles de seguridad, el personal militar debe abstenerse de demorar o denegar arbitrariamente la evacuación oportuna de los heridos y enfermos, incluso si pertenecen a la parte enemiga.

1.2 Consecuencias humanitarias

Según el estudio de 16 países realizado por el CICR y la información recopilada por 22 delegaciones desde enero de 2012, las demoras y denegaciones de paso en los puestos de control experimentadas por las ambulancias u otros vehículos que trasladan o están camino de asistir a heridos o enfermos, o transportan insumos médicos, constituyen las formas principales de interferencia o de violencia que afectan a los transportes sanitarios. Se reconoce que la operación de los puestos de control puede ser una medida de seguridad necesaria y que la existencia de los puestos de control de por sí es normalmente legal y legítima.

Desde la perspectiva de la asistencia de salud, pueden presentarse problemas en los cortes de carretera o en los puestos de control debido a distintos factores, por ejemplo:

- falta de órdenes u órdenes inapropiadas o imprecisas sobre el comportamiento correcto del personal de los puestos de control;
- experiencia limitada del personal encargado de los puestos de control;
- fallas en la coordinación o comunicación entre los distintos niveles (fallas en el plano interno⁷) y con los servicios de ambulancia (fallas en el plano externo)⁸;
- lentitud en la toma de decisiones⁹;
- represalia por ataques sufridos por vehículos sanitarios propios;
- denegar servicios médicos a la otra parte, lo cual es ilegal;
- toques de queda u órdenes de no movimiento;
- uso indebido de transportes sanitarios para fines ajenos a la asistencia de salud (incluso para fines militares).

⁷ En ocasiones, una interrupción o falla de las comunicaciones entre los niveles jerárquicos y las tropas en el terreno ha puesto en peligro directo la prestación de servicios de asistencia de salud y obstaculizado los esfuerzos por evacuar a los heridos y enfermos.

⁸ Por ejemplo, tras conseguir la autorización para ingresar en determinadas zonas para proporcionar asistencia humanitaria vital y evacuar a los heridos y enfermos, algunos convoyes han sido blanco de disparos por miembros de las mismas fuerzas armadas que les permitieron pasar. También se ha detenido a conductores de taxis que transportaban a personas heridas debido a la ausencia de un servicio de ambulancia, dejando a los heridos sin atención.

⁹ Las prolongadas demoras entre el momento en que se solicita el permiso para evacuar a heridos y enfermos de las zonas cercadas por los militares y el momento en que se otorga el permiso (el cual, en algunos casos, directamente no se otorga).

A consecuencia de estas situaciones, se ha dejado a los heridos sin atención médica adecuada por lapsos prolongados; algunos han muerto mientras esperaban una ambulancia o camino al hospital. Hubo mujeres embarazadas que dieron a luz en los puestos de control sin contar con asistencia médica adecuada y casos de insumos médicos que no llegaron al destino donde se los necesitaba. Las demoras y los abusos del personal militar en los puestos de control pueden tener consecuencias adicionales graves. Por ejemplo, pueden generar temor y disuadir a los civiles de intentar llegar a las instalaciones de salud situadas del otro lado del puesto de control. Los agentes de salud, los pacientes y sus familiares, así como la comunidad en su conjunto, se ven afectados por actos y omisiones que obstaculizan el traslado de los heridos y enfermos.

1.3 Derecho aplicable

De conformidad con el DIH, no debe impedirse de manera arbitraria el paso del personal de salud y de los insumos médicos¹⁰. Esta responsabilidad deriva de las obligaciones fundamentales de respetar, proteger, recoger y atender a los heridos y enfermos¹¹, lo cual incluye transferirlos a una unidad médica o permitir su traslado a un centro donde puedan ser atendidos adecuadamente, e incluye asimismo la obligación de respetar al personal de salud y los vehículos sanitarios¹². Las medidas arbitrarias que impiden el acceso a las instalaciones de salud por los heridos y enfermos contrarían esta obligación. El establecimiento y operación de un puesto de control no son, en sí mismas, medidas arbitrarias. Conforme al derecho internacional de los derechos humanos, la obligación de respetar el derecho de acceso a las instalaciones de salud exige que los Estados se abstengan de denegar o limitar arbitrariamente ese acceso para los heridos y enfermos, por ejemplo, como medida punitiva contra los opositores políticos¹³. No obstante, a veces las fuerzas armadas estatales y los grupos armados no estatales utilizan vehículos correctamente identificados, incluso ambulancias, para fines no humanitarios, entre ellos, trasladar combatientes y armas en secreto o lanzar ataques. El derecho internacional humanitario establece que esa conducta representa un uso inapropiado de los emblemas distintivos y, si se hace con la intención concreta de engañar al adversario a fin de matar, lesionar o capturar, constituye un acto de perfidia.

1.4 Medidas prácticas

En algunos casos, para controlar un territorio es necesario establecer puestos de control. Por definición, estos puestos causan demoras para todos los vehículos que los atraviesan, incluidos los que evacúan a personas heridas o enfermas. Esas evacuaciones pueden ser formales (autorizadas por el Estado o por otras autoridades competentes, e identificables como tales) o informales (cualquier vehículo que traslada a personas heridas y enfermas en una situación de emergencia). Es preciso alcanzar un equilibrio entre los requisitos de seguridad y la necesidad de que los pacientes accedan a las instalaciones de salud cuanto antes. Para lograr ese equilibrio, las fuerzas armadas podrían analizar la posibilidad de adoptar e implementar las siguientes medidas prácticas en todos los casos en que sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional (por ejemplo, la medida del control y el acceso al territorio, la capacidad de coordinar actividades con el personal médico que se encuentra en las cercanías).

- I. Medidas para fortalecer la comprensión del entorno operacional, a fin de minimizar las demoras en las evacuaciones médicas en los puestos de control.

Es preciso realizar un mapeo de los prestadores de servicios de salud, ONG pertinentes y otras partes que prestan servicios de evacuación de heridos y enfermos, tanto antes de las operaciones como regularmente durante las mismas, a fin de adaptar al contexto específico las medidas destinadas a minimizar las demoras y las consecuencias humanitarias.

- II. Medidas de coordinación con profesionales de la salud y con las autoridades pertinentes en relación con la evacuación de heridos y enfermos, a fin de minimizar las demoras en las evacuaciones médicas en los puestos de control.

Con antelación a las operaciones, es preciso coordinar las acciones con los prestadores de servicios

¹⁰ Yves Sandoz, Christophe Swinarski y Bruno Zimmermann (eds.), *Commentary on the Additional Protocols of 8 June 1977 to the Geneva Conventions of 12 August 1949*, CICR, Ginebra, y Martinus Nijhoff Publishers, Dordrecht, 1987: comentario sobre el artículo 12 del Protocolo adicional I, p. 166, para. 517.

¹¹ Jean S. Pictet (ed.), *Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field, volumen I de The Geneva Conventions of 12 August 1949: Commentary*, CICR, Ginebra, 1952: comentario sobre el artículo 12, p. 134.

¹² *Ibid.*: comentario sobre el art. 12 del I CG, p. 137; Yves SANDOZ, Christophe Swinarski y Bruno Zimmermann (eds.), op. cit.: comentario sobre el artículo 8 del Protocolo adicional II, p. 1415, párr. 4655.

¹³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, Observación general n.º 14: *El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 12 del Pacto)*, 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, párrafos 34, 43, 47, 50.

de salud, las ONG pertinentes y otras partes que prestan servicios de evacuación dentro y fuera de la zona de responsabilidad, y mantener las medidas de coordinación a lo largo de las operaciones. Debe incluirse en la actividad de coordinación a los dirigentes comunitarios locales u otras autoridades pertinentes, ya que la evacuación de heridos y enfermos no siempre es realizada exclusivamente con medios de transporte sanitario o por agentes de salud formales.

III. Medidas de priorización en los puestos de control para minimizar las demoras en las evacuaciones médicas.

Las medidas para reglamentar los puestos de control deben definirse por anticipado, incluirse en el adiestramiento con antelación a las operaciones y luego implementarse de manera sistemática en el teatro de operaciones, a fin de limitar las posibles consecuencias humanitarias.

IV. Medidas específicas para minimizar las consecuencias para las evacuaciones médicas cuando se deniega el paso por un puesto de control por motivos de necesidad militar imperativa.

Denegar el paso a una evacuación médica es una medida extrema que puede tener efectos graves en la vida o en la salud de los heridos y enfermos. Por lo tanto, esa medida debe adoptarse únicamente por motivos de necesidad militar imperativa y debe ser de carácter excepcional. Las medidas deben adoptarse con antelación a la operación y mantenerse a lo largo de la misma a fin de reducir los efectos negativos de esas decisiones.

CUESTIÓN 2: OPERACIONES DE BÚSQUEDA EN INSTALACIONES DE SALUD

2.1 Problema humanitario

Durante sus operaciones, las unidades militares a veces deben realizar búsquedas en instalaciones de salud. Esas búsquedas se consideran necesarias por diferentes razones, por ejemplo, cuando la información de inteligencia indica que la instalación tal vez está siendo utilizada en violación de las normas del DIH o para interrogar a los que se encuentran en el interior y detener a aquellos que representan una amenaza para la seguridad. Cuando combatientes enemigos heridos o enfermos buscan ser atendidos o visitan a pacientes en instalaciones de salud, el registro de esas instalaciones puede considerarse una cuestión de necesidad militar. Sin embargo, esas operaciones conllevan varios problemas relacionados con la protección de las instalaciones de salud y de su personal, por ejemplo:

- La perturbación de los servicios normales debido a la presencia de personal armado.
- El riesgo de que, debido a la presencia militar (aunque sea transitoria), la otra parte considere que la instalación de salud ya no se dedica exclusivamente a fines médicos o que incluso llegue a clasificarla como objetivo militar.
- Los dilemas éticos que afrontan los agentes de salud cuando se les exige proporcionar información sobre los pacientes a su cuidado.

Si bien la decisión de buscar a combatientes enemigos en instalaciones de salud puede hallarse ampliamente justificada y ser legal, el problema reside en la forma en que se conducen esas operaciones. Según el estudio del CICR realizado en 16 países, publicado en 2011, y los datos recopilados por 22 delegaciones del CICR desde enero de 2012, una de las formas más comunes de la violencia que afecta a la asistencia de salud es el ingreso armado en instalaciones de salud por entidades estatales, incluidas las fuerzas armadas.

2.2 Consecuencias humanitarias

Según el estudio realizado por el CICR en 16 países, el propósito principal de los ingresos armados fue el de arrestar o interrogar a los heridos y enfermos. Sin embargo, durante las búsquedas, los soldados también impidieron el acceso a los hospitales durante horas, obstruyeron el acceso de los médicos a algunas partes de los hospitales y se llevaron insumos médicos para emplearlos en sus propias clínicas.

La experiencia práctica del CICR también ha demostrado que, cuando la búsqueda no tuvo éxito, los soldados en algunos casos reunieron al personal del hospital y les ordenaron que informasen de la presencia de "combatientes enemigos" que intentaran hacerse tratar. Cuando los agentes de salud se rehusaron a proporcionar cierta información invocando la ética médica, los soldados los amenazaron a ellos, a sus familiares y a otras personas, incluidos los pacientes. Algunos fueron secuestrados o

maltratados y otros, asesinados. Los soldados también se han llevado a pacientes, a veces a algunos que se hallaban en tratamiento vital, a pesar de las protestas de los médicos, quienes aducían que el estado de esos pacientes desaconsejaba el traslado. Algunos pacientes fueron llevados a hospitales militares que ofrecían una atención tan sólo mínima.

Las operaciones de búsqueda en instalaciones de salud pueden tener consecuencias graves, directas y generalizadas para la prestación de asistencia de salud. Cuando las tropas cometían los abusos descritos en el párrafo anterior, los servicios quedaban suspendidos por períodos cortos o largos. Mientras se realizaban las operaciones de búsqueda, los heridos y enfermos quedaban sin atender por horas, lo que ponía en peligro su recuperación y su supervivencia. Después, algunos pacientes quedaron sin tratamiento debido a los robos de material o a la destrucción causada por los militares al entrar por la fuerza o debido al arresto o al secuestro de agentes de salud.

Las búsquedas efectuadas sin violencia física o incluso sin la amenaza de violencia física también tienen efectos colaterales que obstaculizan la prestación de asistencia de salud. La mera presencia de soldados en los hospitales o en los alrededores durante un conflicto armado plantea serios problemas en relación con los servicios de salud y con la percepción que la otra parte y los civiles tienen del establecimiento de salud en cuestión, ya que el cambio de percepción puede dar lugar a ataques. Por temor a ser arrestadas, interrogadas u hostigadas, algunas personas tienen miedo de llevar a los heridos y enfermos a instalaciones de salud o de hacerse atender ellas mismas. En ocasiones, los miembros de los grupos armados saquean las instalaciones de salud y secuestran a agentes de salud para que sus propios enfermos y heridos puedan recibir tratamiento en sus escondites. Además, los agentes de salud que son hostigados o amenazados a veces abandonan el trabajo o se rehúsan a tratar pacientes en protesta por la violencia de los militares, empeorando así la situación de los heridos y enfermos.

2.3 Derecho aplicable

Aparte del hecho de que las instalaciones de salud y el personal de salud gozan de protección contra los ataques, los actos que les impiden desempeñar sus funciones también pueden constituir violaciones del DIH. Sin embargo, el DIH no prohíbe específicamente las búsquedas en instalaciones de salud ni describe las formas o los medios para hacerlas¹⁴.

Un hospital no es una zona que se encuentra fuera de la competencia de las autoridades y no ofrece inmunidad contra el arresto o la detención. Si bien el ingreso armado a un hospital no es ilegal, debe reglamentarse minuciosamente. La presencia de fuerzas armadas y grupos armados no debe causar riesgos indebidos para los pacientes. Puede exigirse al personal de salud que proporcione información sobre las actividades, las conexiones, las posiciones o simplemente la existencia de los heridos y enfermos, así como sobre la identidad de pacientes que sufren enfermedades infecciosas, conforme a las exigencias de la legislación nacional. Mientras que la negativa a responder a esas preguntas puede causar un arresto lícito, está prohibido molestar o castigar a cualquier persona, incluso a los agentes de salud, por realizar actividades médicas compatibles con la ética médica.

También está prohibido obligar a una persona que desempeña actividades médicas a que proporcione, a una persona que pertenece a una parte adversa o a su propia parte (salvo conforme a las normas de la legislación de su propia parte), información relacionada con los heridos y enfermos que están o han estado a su cuidado, si tal información pudiera, en su opinión, ser perjudicial para los pacientes en cuestión o sus familiares¹⁵. El objetivo de estas normas es disipar todo temor o aprensión del personal de salud que desempeña sus actividades en consonancia con la ética médica, incluso actividades en

¹⁴ Si bien los manuales militares de varios Estados indican que las personas armadas no pueden entrar en absoluto en las unidades de salud, la práctica no es lo suficientemente extensa como para afirmar claramente que la presencia de soldados armados dentro de un hospital constituye, per se, una violación del derecho internacional humanitario.

¹⁵ Artículo 18 (3) del I Convenio de Ginebra; artículo 16 (1) del Protocolo adicional I; artículo 10 (1) del Protocolo adicional II; Jean-Marie Henckaerts y Louise Doswald-Beck, *El derecho internacional humanitario, volumen I: Normas*, Comité Internacional de la Cruz Roja, Centro de Apoyo en Comunicación para América Latina y el Caribe, Buenos Aires, 2007: Norma 26, pp. 97-99. Véase también: Yves SANDOZ, Christophe Swinarski y Bruno Zimmermann (eds.), op. cit.: comentario sobre el artículo 16 del Protocolo adicional I, p. 206, párr. 682. Véase asimismo el documento de referencia del CICR *Asistencia de salud en peligro - Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y en otras emergencias*, agosto de 2012, capítulo 11 "Recoger datos y ser testigo de violaciones del derecho internacional" pp. 91-95, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/assets/files/publications/icrc-002-4104.pdf> (consultado el 10 de julio de 2014).

beneficio de heridos y enfermos enemigos de una de las partes en un conflicto. En otras situaciones de emergencia, se aplican normas similares¹⁶.

2.4 Medidas prácticas

La necesidad militar puede exigir la realización de búsquedas en instalaciones de salud, la interrogación y registro de personas (pacientes, visitantes y agentes de salud) y, en ciertas circunstancias, incluso la detención de personas o la realización de arrestos. Esas operaciones pueden perturbar el funcionamiento normal de las instalaciones de salud y, por ende, deberían constituir medidas excepcionales a las que se recurre sólo después de un esfuerzo concertado por hallar un equilibrio entre la ventaja militar que se espera de esa acción y su impacto en términos humanitarios.

A fin de minimizar los efectos negativos de las búsquedas en las instalaciones de salud, las fuerzas armadas podrían analizar la posibilidad de adoptar e implementar las siguientes medidas prácticas en todos los casos en que sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional (por ejemplo, la medida del control y el acceso al territorio, la capacidad de coordinar actividades con el personal médico que se encuentra en las cercanías):

- I. Medidas específicas para garantizar que las búsquedas en instalaciones de salud y el acto de llevarse a personas de esos lugares constituyan medidas excepcionales, a fin de minimizar sus consecuencias para los pacientes y el personal de salud.
Es preciso determinar el equilibrio necesario entre la ventaja militar que se espera obtener de una operación de búsqueda en una instalación de salud o del hecho de llevarse a una persona de tal instalación y las consecuencias humanitarias de esos actos. Las medidas deberían garantizar la índole excepcional de esas decisiones.
- II. Medidas para mejorar la comprensión del entorno operacional, a fin de minimizar las consecuencias de las búsquedas en instalaciones de salud para los pacientes y el personal de salud.
Es preciso evaluar el entorno operacional tanto antes de una operación como regularmente durante la misma, a fin de adaptar al contexto específico las medidas destinadas a reglamentar la conducta del personal militar durante operaciones de búsqueda en instalaciones de salud y sus consecuencias para los pacientes y el personal de salud.
- III. Medidas de coordinación con los profesionales de salud y las autoridades pertinentes que prestan servicios de asistencia de salud a los heridos y enfermos, a fin de minimizar las consecuencias de las operaciones de búsqueda en las instalaciones de salud.
Con antelación a las operaciones, deben adoptarse medidas de coordinación con los prestadores de salud, las ONG pertinentes y otras partes que prestan servicios de asistencia de salud que operan dentro y fuera de la zona de responsabilidad. Esas medidas deben luego mantenerse, puesto que ello puede facilitar las operaciones de búsqueda y minimizar las situaciones que puedan dar lugar a equívocos.
- IV. Medidas para reglamentar la conducta del personal militar mientras realiza operaciones de búsqueda en una instalación de salud específica.
Las medidas destinadas a reglamentar las operaciones de búsqueda en una instalación de salud específica deben definirse por anticipado e incluirse en el adiestramiento con antelación a las operaciones, tras lo cual se deben implementar de manera sistemática en el teatro de operaciones, a fin de limitar las posibles consecuencias humanitarias de esas acciones.

¹⁶ Los actos de hostigamiento, coerción y arresto ejercidos contra los agentes de salud que realizan estas actividades también serían actos prohibidos por el derecho internacional humanitario, puesto que esas conductas constituirían limitaciones no permisibles al derecho de los heridos a gozar de acceso no discriminatorio a los servicios de salud. Sólo se permitirían limitaciones en tanto y en cuanto fuesen útiles para el bienestar económico y social de la población del Estado. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y culturales (PIDESC), art. 4; Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de la ONU, Observación General 14, El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (Art. 12 del Pacto), 11 de agosto de 2000, E/C.12/2000/4, párr. 28. Asimismo, el derecho a no ser sometido a interferencias arbitrarias o ilícitas en su intimidad protege a las personas que se hallan bajo la jurisdicción de un Estado contra la divulgación indebida de datos médicos y otra información privada a personas ajenas a la relación médico-paciente. Sin embargo, en situaciones de excepción, esta garantía puede ser suspendida. V. Comité de Derechos Humanos de la ONU, CCPR Observación General 16: *Derecho al respeto de la intimidad, la familia, el hogar y la correspondencia, y la protección del honor y la reputación*, 8 de abril de 1988, párr. 10.

CUESTIÓN 3: PRECAUCIONES DURANTE LOS ATAQUES (OPERACIONES OFENSIVAS Y DEFENSIVAS)

3.1 Problema humanitario

Al realizar operaciones, las fuerzas armadas deben prestar especial atención para evitar poner en peligro o causar daño al personal de salud, a los vehículos sanitarios y a las instalaciones de salud a causa del despliegue de objetivos militares dentro de las instalaciones de salud o en sus proximidades, o del ataque a objetivos militares situados dentro de instalaciones salud o en sus proximidades.

Uno de los actos de violencia más graves contra las instalaciones de salud que se identificó en el estudio realizado en 16 países por CICR y en los datos recopilados por 22 delegaciones desde enero de 2012 fue el uso de armas explosivas por las fuerzas armadas durante las hostilidades activas. Intencionalmente o no, esas armas impactaban en las instalaciones de salud o en los vehículos sanitarios, matando y lesionando a personas y privando a los pacientes de los servicios de asistencia de salud¹⁷. Los ataques contra las instalaciones de salud en conflictos armados u otras situaciones de emergencia corresponden a dos categorías amplias.

La primera corresponde a los ataques deliberados contra esas instalaciones. El objetivo puede ser el de obtener una ventaja militar privando a los oponentes y a sus presuntos partidarios de asistencia médica para tratar sus lesiones; otro objetivo puede consistir en aterrorizar a una población local atacando una instalación protegida.

La segunda categoría corresponde a los ataques no intencionales, esto es, los bombardeos que causan daños colaterales debido a los disparos indirectos dirigidos a un objetivo militar. Esto sucede con mayor frecuencia cuando las operaciones militares se desarrollan en zonas urbanas densamente pobladas y donde las actividades y las instalaciones militares a veces se ubican deliberadamente en las proximidades de las instalaciones de salud, con el fin de evitar o minimizar los ataques contra esos objetivos militares. Quienes disparan las armas están obligados a tomar todas las precauciones posibles para distinguir entre objetivos lícitos e ilícitos y minimizar los daños a la población civil, los bienes civiles y el medioambiente. A la inversa, en la medida de lo posible, los objetivos militares no deben ubicarse de una manera que sea peligrosa para la población civil, los bienes civiles y el medioambiente. En conflictos armados recientes, las instalaciones de salud han sufrido graves daños; según se alegó posteriormente, esos daños se infligieron por error o como resultado de una evaluación de los objetivos legítimos, lo cual pudo haber sido el caso. El riesgo a las instalaciones de salud aumenta en forma proporcional a su proximidad a las instalaciones militares.

3.2 Consecuencias humanitarias

Las consecuencias del empleo de armas explosivas contra el personal de salud, los vehículos sanitarios y las instalaciones de salud son muy sencillas: causan la destrucción de los medios necesarios para atender a los heridos y enfermos, lo cual puede causar su muerte e incluso la muerte de las personas cuya misión exclusiva es cuidar a los pacientes. En muchos casos, incluso cuando el número de muertes era reducido, la infraestructura colapsaba debido al corte de los suministros de agua y de electricidad. Las instalaciones de salud se veían obligadas a cerrar y los heridos y enfermos quedaban sin atender, lo cual agravaba la situación de las víctimas del ataque.

3.3 Derecho aplicable

Las instalaciones de salud deben respetarse y protegerse en todas las circunstancias y no pueden ser objeto de ataques. Los heridos, los enfermos y los agentes de salud no deben ser atacados, muertos en forma arbitraria ni maltratados. La protección contra los ataques que el DIH otorga al personal de salud, a las instalaciones de salud y a los vehículos sanitarios exclusivamente asignados a fines médicos por una autoridad competente de una de las partes en un conflicto, sean militares, civiles o proporcionados por sociedades humanitarias voluntarias reconocidas, no cesa a menos que cometan o sean utilizados

¹⁷ En el 22,6% (148 de un total de 655) de los incidentes registrados se utilizó algún tipo de arma explosiva.

para cometer actos al margen de la función humanitaria que son perjudiciales para el enemigo¹⁸. Sin embargo, incluso así, hay que dar un aviso y fijar un límite de tiempo cuando proceda. Asimismo, incluso cuando se justifica lanzar un ataque contra agentes de salud y bienes sanitarios que han perdido su protección, es preciso cumplir con las normas sobre distinción, proporcionalidad y precaución en el ataque, en beneficio de los heridos y enfermos que pueden todavía hallarse presentes en una instalación de salud o en un vehículo sanitario.

Por otra parte, el uso de fuerza letal contra el personal de salud y los bienes sanitarios que no sean los que han sido específicamente asignados para fines médicos por una autoridad competente de una de las partes en el conflicto es regido por las normas generales sobre la conducción de hostilidades que protegen a los civiles y los objetos de carácter civil. Esto significa que un ataque contra el personal de salud se justifica exclusivamente mientras dure su participación directa en las hostilidades, y que los ataques contra los bienes sanitarios se justifican exclusivamente cuando han sido transformados en objetivos militares. En términos generales, de conformidad con el DIH, siempre que se requiere usar la fuerza en un conflicto armado para cumplir una misión, se han de tomar todas las precauciones factibles para confirmar, en particular, que los blancos previstos son objetivos militares legítimos; además, se han de elegir medios y métodos que no inflijan daños incidentales excesivos a los agentes de salud, a los vehículos sanitarios, a las instalaciones de salud o a los heridos y enfermos.

En situaciones que no alcanzan el umbral de un conflicto armado, cuando las fuerzas armadas llevan a cabo operaciones de aplicación de la ley, pueden recurrir al uso de la fuerza sólo cuando todos los otros medios de alcanzar un objetivo legítimo han fracasado y el uso de la fuerza pueda justificarse en términos de la importancia del objetivo de que se trate. Se les insta a intervenir con moderación al emplear la fuerza y las armas de fuego, y a actuar en forma proporcional a la gravedad de la infracción y a los objetivos legítimos que se desea alcanzar¹⁹. Sólo se les permite emplear la fuerza necesaria para lograr un objetivo legítimo.

En términos generales, es improbable que los heridos, los enfermos y los agentes de salud representen una amenaza inminente que justifique el empleo de la fuerza letal contra ellos. Incluso si se justifica el empleo de la fuerza, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley deben dar un aviso claro de su intención de utilizar armas de fuego, con suficiente tiempo para que la advertencia sea obedecida, a menos que el hecho de dar el aviso cause peligro de muerte o de daño grave al oficial de policía de que se trate o a terceras personas²⁰.

3.4 Medidas prácticas

La ventaja militar que se espera obtener del ataque contra objetivos militares situados en la cercanía de las instalaciones de salud o del ataque contra instalaciones de salud que han perdido su protección debe ser cuidadosamente evaluada en relación con las consecuencias humanitarias que probablemente resulten de los daños colaterales o de la destrucción de esas instalaciones.

A fin de minimizar las consecuencias directas e indirectas para la prestación de servicios médicos causadas por el ataque contra un objetivo militar ubicado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección, las fuerzas armadas podrían analizar la posibilidad de adoptar e implementar las siguientes medidas prácticas en todos los casos en

¹⁸ Algunos ejemplos de “actos dañinos para el enemigo” son: el uso de las instalaciones de salud para alojar a combatientes sanos, almacenar armas o municiones (que no sea el almacenamiento temporal de armas y municiones tomados a los heridos y enfermos y no entregados aún a la autoridad competente), como puestos militares de observación o como escudo para la acción militar o el transporte de tropas sanas, armas o municiones y la recolección o transmisión de inteligencia militar, o la participación directa del personal de salud en las hostilidades, en violación del principio de neutralidad estricta y fuera de su función humanitaria, por ejemplo, cuando usan las armas en combate contra el enemigo para resistirse a la captura. Jean-Marie Henckaerts y Louise Doswald-Beck, *El derecho internacional humanitario consuetudinario, volumen I: Normas*, Comité Internacional de la Cruz Roja, Centro de Apoyo en Comunicación para América Latina y el Caribe, Buenos Aires, 2007: Normas 25, 28, 29; artículos 19 (1), 24-26, 35 del I Convenio de Ginebra; artículos 23, 36 del II Convenio de Ginebra; artículos 18, 20, 21 del IV Convenio de Ginebra; artículos 12 (1), 15, 21 del Protocolo adicional I; artículos 9, 11 (1) del Protocolo adicional II; Jean-Marie Henckaerts y Louise Doswald-Beck, op. cit.: comentario sobre la norma 25, pp. 95-96; comentario sobre la norma 29, p. 114.

¹⁹ Principios 4 y 5 de los Principios Básicos sobre el empleo de la fuerza y de armas de fuego por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

²⁰ Principios 9 y 10 de los Principios Básicos sobre el empleo de la fuerza y de armas de fuego por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley.

que sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional (por ejemplo, la medida del control y el acceso al territorio, la capacidad de coordinar actividades con el personal médico que se encuentra en las cercanías):

- I. Medidas específicas para garantizar el carácter excepcional de un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección.

En vista de los efectos secundarios (por ejemplo, la interrupción de los servicios de suministro de agua y de electricidad) en la prestación de servicios de salud causados por el ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección, esos ataques se han de reglamentar en forma estricta. Las medidas deben garantizar la índole excepcional de esos ataques.

- II. Medidas para mejorar la comprensión del entorno operacional en el caso de un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección.

Es preciso evaluar el entorno operacional tanto antes de una operación como regularmente durante la misma, a fin de adaptar al contexto específico las medidas destinadas a guiar la planificación y conducción de un ataque para limitar las consecuencias humanitarias de esas acciones.

- III. Medidas de coordinación con los profesionales de salud y las autoridades pertinentes que prestan servicios de asistencia de salud a los heridos y enfermos, a fin de minimizar las consecuencias de un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección.

Con antelación a las operaciones, deben adoptarse medidas de coordinación con los prestadores de salud, las ONG pertinentes y otras partes que prestan servicios de asistencia de salud que operan dentro y fuera de la zona de responsabilidad. Esas medidas deben luego mantenerse, puesto que ello puede facilitar el proceso decisorio previo a los ataques.

- VI.a Medidas específicas para guiar la planificación y conducción de un ataque contra un objetivo militar en las cercanías de una instalación de salud.

Con antelación a la operación, es necesario adoptar medidas para guiar la planificación y conducción de un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud y luego implementarlas durante la operación, a fin de limitar las posibles consecuencias humanitarias de ataques directos o indirectos.

- VI.b Medidas específicas para guiar la planificación y conducción de un ataque contra una instalación de salud que ha perdido su protección.

Con antelación a la operación, es necesario adoptar medidas para guiar la planificación y conducción de un ataque contra una instalación de salud que ha perdido su protección y luego implementarlas durante la operación, a fin de limitar las posibles consecuencias humanitarias de ataques directos o indirectos.



6. REFERENCIAS

Comité Internacional de la Cruz Roja, *Asistencia de salud en peligro: estudio realizado en dieciséis países*, CICR, Ginebra, agosto de 2011, disponible en:

<https://www.icrc.org/spa/resources/documents/report/hcid-report-2011-08-10.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

Comité Internacional de la Cruz Roja, *XXXI Conferencia Internacional - 2011: Resolución 5: La asistencia de salud en peligro: respetar y proteger la asistencia de salud*, disponible en:

<https://www.icrc.org/spa/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

Comité Internacional de la Cruz Roja, *Respetar y proteger la asistencia de salud en conflictos armados y en situaciones que no están regidas por el DIH*, ficha técnica, CICR, Ginebra, marzo de 2012, disponible en:

<https://www.icrc.org/spa/assets/files/2012/health-care-law-factsheet-icrc-spa.pdf> (consultado el 10 de julio de 2014).

Comité Internacional de la Cruz Roja, *Asistencia de salud en peligro: Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y otras emergencias*, CICR, Ginebra, agosto de 2012, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/p4104.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

Comité Internacional de la Cruz Roja, *Health Care in Danger: Violent incidents affecting health care, January to December 2012* (Asistencia de salud en peligro: incidentes violentos que afectan la asistencia de salud, enero a diciembre de 2012), CICR, Ginebra, mayo de 2013, disponible en:

http://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incidents-report_en_final.pdf (consultado el 10 de julio de 2014) (en inglés).

Comité Internacional de la Cruz Roja, *Asistencia de salud en peligro: Servicios de ambulancia y de atención prehospitalaria en situaciones de riesgo*, CICR, Ginebra, noviembre de 2013, disponible en:

<https://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/p4173.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

Comité Internacional de la Cruz Roja, *Health Care in Danger: Violent incidents affecting health care, January 2012 to December 2013* (Asistencia de salud en peligro: incidentes violentos que afectan la asistencia de salud, enero de 2012 a diciembre de 2013), CICR, Ginebra, abril de 2014, disponible en:

<http://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4196.pdf> (consultado el 10 de julio de 2014) (en inglés).



Lt. Orlando Lima Santos/Brazilian Army

7. ANEXOS

ANEXO 1 - COMPENDIO DE MEDIDAS PRÁCTICAS

Este compendio fue elaborado por el CICR como culminación del proceso de consultas con las fuerzas armadas estatales. Consiste en un conjunto de medidas prácticas elaboradas para el examen de las fuerzas armadas de los Estados a fin de mitigar los efectos de las operaciones militares en la seguridad del acceso a la asistencia de salud y de la prestación de servicios de salud. Estas medidas pueden ser adoptadas o implementadas durante la planificación y conducción de las operaciones militares, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional. Ninguna parte del presente documento extiende las definiciones y obligaciones contenidas en el DIH o en otros ordenamientos jurídicos.

Durante la elaboración de las medidas prácticas, teniendo en cuenta las experiencias sobre el terreno y en consonancia con las demás medidas propuestas, se añadieron dos elementos que no se habían mencionado durante las consultas bilaterales y el taller. Con respecto a la primera cuestión de interés, *Evacuaciones por tierra*, se añadió una medida para reglamentar las excepciones aplicables a las evacuaciones médicas en caso de toque de queda. En segundo lugar, se consideró que muchas de las medidas de coordinación identificadas para la primera cuestión de interés, *Evacuaciones por tierra*, y para la segunda cuestión de interés, *Operaciones de búsqueda en instalaciones de salud*, también serían aplicables a la tercera cuestión de interés, *Precauciones durante los ataques*.

Las medidas propuestas para consideración se agrupan del siguiente modo:

- 1.1 Evacuaciones por tierra:** medidas para mitigar las demoras o las denegaciones de paso de los vehículos sanitarios que afectan la evacuación de heridos y enfermos, particularmente durante las verificaciones realizadas en los puestos de control.
- 1.2 Operaciones de búsqueda en instalaciones de salud:** medidas para mitigar el impacto negativo de las operaciones militares de búsqueda en hospitales y otras instalaciones de salud.
- 1.3 Precauciones durante los ataques (operaciones ofensivas y defensivas):** medidas para mitigar los daños al personal de salud, los vehículos sanitarios y las instalaciones de salud o sus pacientes causadas por el despliegue de objetivos militares dentro de las instalaciones de salud o en su entorno inmediato, o al atacar objetivos militares situados dentro de las instalaciones de salud o en su entorno inmediato.

1.1 Evacuaciones por tierra

En algunos casos, para controlar un territorio, es necesario establecer puestos de control. Por definición, estos puestos causan demoras para todos los vehículos que los atraviesan, incluidos los que evacúan a personas heridas o enfermas. Esas evacuaciones pueden ser formales (autorizadas por el Estado o por otras autoridades competentes e identificables como tales) o informales (cualquier vehículo que traslada a personas heridas y enfermas en una situación de emergencia). Es preciso alcanzar un equilibrio entre los requisitos de seguridad y la necesidad de que los pacientes accedan a las instalaciones de salud cuanto antes.

Los efectos negativos causados por el control (detención y registro) de vehículos de evacuación sanitaria deben minimizarse principalmente mediante la aplicación de cuatro tipos de medidas siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional:

- 1.1.1 Medidas para fortalecer la comprensión del entorno operacional.
- 1.1.2 Medidas de coordinación con profesionales de la salud y con las autoridades pertinentes.
- 1.1.3 Medidas de priorización en los puestos de control.
- 1.1.4 Medidas específicas en caso de denegación de paso.

1.1.1 *Medidas para fortalecer la comprensión del entorno operacional, a fin de minimizar las demoras en las evacuaciones médicas en los puestos de control*

Es preciso realizar un mapeo de los prestadores de servicios de salud, ONG pertinentes y otras partes que prestan servicios de evacuación de heridos y enfermos tanto antes de las operaciones como regularmente durante las mismas, a fin de adaptar al contexto específico las medidas destinadas a minimizar las demoras y las consecuencias humanitarias resultantes, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional.

- a. Mapear y actualizar sistemáticamente la información sobre la ubicación de las instalaciones de salud formales e informales y evaluar su importancia y capacidad para la prestación de servicios de asistencia de salud, tanto dentro de la zona de responsabilidad como en su entorno inmediato.
- b. Identificar y actualizar sistemáticamente la información sobre los diferentes tipos de prestadores de servicios de salud (formales o informales) y de vehículos que entran y salen de la zona de responsabilidad (por ejemplo, ambulancias, vehículos civiles sin marcas).
- c. Determinar los sistemas de identificación de vehículos oficialmente aceptados o reconocidos (por ejemplo, tipo de vehículo, marcas, rastreo electrónico) y los sistemas de identificación del personal (por ejemplo, documentos de identidad, uniformes).
- d. Identificar y actualizar sistemáticamente la información sobre las plataformas de coordinación para los servicios de emergencia y evaluar su funcionamiento.

1.1.2 *Medidas de coordinación con profesionales de la salud y con las autoridades pertinentes en relación con la evacuación de heridos y enfermos, a fin de minimizar las demoras en las evacuaciones médicas en los puestos de control*

Con antelación a las operaciones, es preciso coordinar las acciones con los prestadores de servicios de salud, las ONG pertinentes y otras partes que prestan servicios de evacuación dentro y fuera de la zona de responsabilidad y mantener las medidas de coordinación a lo largo de las operaciones, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional. Debe incluirse en la actividad de coordinación a los dirigentes comunitarios locales u otras autoridades pertinentes, ya que la evacuación de heridos y enfermos no siempre es realizada exclusivamente con medios de transporte sanitario o por agentes de salud formales.

- a. Participar en las plataformas de coordinación de emergencias existentes que se hayan identificado. Si no es posible o si no hay tales plataformas, considerar la posibilidad de crearlas.
- b. Acordar medidas y procedimientos de coordinación con los prestadores de servicios de salud, como mínimo. Si es posible, hacer lo mismo con las fuerzas de oposición.
- c. Designar un funcionario de enlace para movimientos por tierra para mantener informados a los prestadores de servicios de salud sobre las condiciones de las carreteras.
- d. Dedicar una frecuencia de radio determinada u otros medios de comunicación para facilitar la interacción entre el personal de salud y las fuerzas armadas.
- e. Acordar los medios de identificación para el personal de salud, la exhibición de esos medios a su llegada a los puestos de control, las marcas (por ejemplo, emblemas y números de matrícula de los vehículos), otros medios visuales (por ejemplo, luz azul, banderines, otras luces) u otros medios de identificación (por ejemplo, sirenas) que utilizan los vehículos sanitarios.
- f. Acordar la interacción o conducta apropiada entre el personal de salud y el personal militar.
- g. Establecer procedimientos claros para notificar a las fuerzas armadas los datos del personal de salud y de los vehículos sanitarios (por ejemplo, números de matrícula, documentos de identidad, fechas y rutas) que participarán en traslados planificados.
- h. Establecer procedimientos claros para notificar al personal militar los datos del personal de salud y de los vehículos sanitarios que participarán en traslados de emergencia.

- i. Designar a una persona encargada de actualizar en forma constante las lecciones adquiridas durante los procesos de coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de servicios de asistencia de salud o derivadas de incidentes relacionados con la ausencia de esos procesos.
- j. Acordar un cronograma regular para los recorridos de rutina de los vehículos sanitarios, evitando las horas de mayor movimiento en los puestos de control (por ejemplo, para pacientes que necesitan tratamiento de diálisis).

1.1.3 Medidas de priorización en los puestos de control para minimizar las demoras en las evacuaciones médicas

Las medidas para reglamentar los puestos de control deben definirse por anticipado, incluirse en el adiestramiento con antelación a las operaciones y luego implementarse de manera sistemática en el teatro de operaciones, a fin de limitar las posibles consecuencias humanitarias, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional.

- a. Con antelación a las operaciones o al despliegue, determinar los procedimientos operacionales uniformes, las órdenes operacionales u otros documentos pertinentes para los puestos de control, que sean específicos para la operación y el contexto de que se trate, a fin de minimizar las demoras.
- b. Implementar una vía rápida, si procede en las circunstancias (teniendo en cuenta, por ejemplo, la seguridad, la topografía, las distancias y la hora del día o la carga de trabajo en el puesto de control).
- c. Disponer la identificación clara de una vía rápida, cuando sea factible, a una distancia apropiada del puesto de control, para que los vehículos sanitarios puedan evitar la cola que hacen los demás vehículos.
- d. Cuando no sea posible establecer una vía rápida, indicar claramente, según proceda, la posibilidad de que los vehículos sanitarios se adelanten a la cola y tengan prioridad de paso.
- e. Asegurar que los puestos de control pertinentes reciban un aviso rápido del arribo de vehículos sanitarios formales.
- f. Siempre que sea factible, asegurar la comunicación entre puestos de control para permitirles intercambiar notificaciones acerca del paso de vehículos sanitarios.
- g. A fin de aprovechar las lecciones adquiridas, asegurar el establecimiento de un sistema de información que sea actualizado en forma constante por los jefes de los puestos de control, a fin de registrar los incidentes entre fuerzas armadas y prestadores de servicios de salud o sus vehículos.
- h. Desplegar suficientes fuerzas o recursos para operar los puestos de control con eficiencia (por ejemplo, para dar prioridad a los vehículos sanitarios).
- i. Adiestrar al personal de los puestos de control para que limite al mínimo la duración de los controles de identidad de agentes de salud y vehículos sanitarios formales.
- j. Adiestrar al personal de los puestos de control para que dé prioridad al paso de vehículos sanitarios no formales o no notificados (por ejemplo, un padre que traslada a un familiar herido en su propio automóvil).
- k. Teniendo en cuenta los detalles específicos de las misiones y las lecciones adquiridas, adiestrar al personal militar que vaya a desempeñar funciones en los puestos de control, tanto en la etapa previa al despliegue como en el teatro de operaciones, para que implemente los procedimientos operacionales uniformes, las órdenes operacionales u otros documentos pertinentes que garanticen el paso prioritario de los vehículos sanitarios.

1.1.4 Medidas específicas para minimizar las consecuencias para las evacuaciones médicas cuando se deniega el paso por un puesto de control por motivos de necesidad militar imperativa

Denegar el paso a una evacuación médica es una medida extrema que puede tener efectos graves en la vida o en la salud de los heridos y enfermos. Por lo tanto, esa medida debe adoptarse únicamente por motivos de necesidad militar imperativa y debe ser de carácter excepcional. Las medidas deben adoptarse con antelación a la operación y mantenerse a lo largo de la misma a fin de reducir los efectos negativos de esas decisiones, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional.

- a. Definir en los procedimientos operacionales uniformes, las órdenes operacionales u otros documentos pertinentes el nivel de autoridad en función del cual se puede tomar la decisión de denegar el paso por un puesto de control, y las circunstancias excepcionales en las que se puede tomar tal decisión.
- b. Asegurar que los prestadores de servicios de salud reciban información sobre rutas alternativas.
- c. Asegurar que los prestadores de servicios de salud informales bloqueados en puestos de control cerrados reciban información sobre rutas alternativas.
- d. Definir las excepciones aplicables a las evacuaciones sanitarias en caso de toque de queda.
- e. Designar a una persona encargada de consultar y actualizar en forma constante las lecciones adquiridas durante los procesos de coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de servicios de asistencia de salud o derivadas de incidentes relacionados con la ausencia de esos procesos.

1.2 Operaciones de búsqueda en instalaciones de salud

La necesidad militar puede requerir la realización de búsquedas en instalaciones de salud, la interrogación y el registro de personas (pacientes, visitantes y agentes de salud) y, en ciertas circunstancias, incluso la detención de personas o la realización de arrestos. Esas operaciones pueden perturbar el funcionamiento normal de las instalaciones de salud y deben, por ende, constituir medidas excepcionales a las que se recurra sólo tras haber hecho un esfuerzo concertado para lograr un equilibrio entre la ventaja militar que se espera de esa acción y sus consecuencias humanitarias.

Los efectos negativos de las búsquedas en las instalaciones de salud deben minimizarse principalmente a través de cuatro tipos de medidas, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional.

- 1.2.1 Medidas específicas para garantizar que las búsquedas en instalaciones de salud y el acto de llevarse a personas de esos lugares constituyan medidas excepcionales.
- 1.2.2 Medidas para mejorar la comprensión del entorno operacional.
- 1.2.3 Medidas de coordinación con profesionales de la salud y con las autoridades pertinentes.
- 1.2.4 Medidas para reglamentar la conducta del personal militar mientras realiza operaciones de búsqueda en las instalaciones de salud.

1.2.1 Medidas específicas para garantizar que las búsquedas en instalaciones de salud y el acto de llevarse a personas de esos lugares constituyan medidas excepcionales, a fin de minimizar sus consecuencias para los pacientes y el personal de salud

Es preciso determinar el equilibrio necesario entre la ventaja militar que se espera obtener de una operación de búsqueda en una instalación de salud o del acto de llevarse a una persona de tal instalación, y las consecuencias humanitarias de esos actos. Las medidas deberían garantizar la índole excepcional de esas decisiones, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional.

- a. Examinar posibles alternativas a la búsqueda por fuerzas militares en una instalación de salud (por ejemplo, el uso de policía civil).
- b. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir el nivel de autoridad y las circunstancias excepcionales que permiten tomar la decisión de efectuar búsquedas en instalaciones de salud específicas.
- c. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir el proceso de autorización que se aplica a una solicitud de búsqueda en instalaciones de salud específicas y la documentación conexas que se requiere (por ejemplo, la prueba de la necesidad militar o la ventaja militar que se espera obtener de la búsqueda).
- d. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir el nivel de autoridad que permite tomar la decisión de llevarse a una persona de una instalación de salud (por ejemplo, para transferirla a un centro de detención), y las circunstancias excepcionales en las que se autoriza esa acción.
- e. Adoptar las medidas necesarias en el marco de la ley militar (por ejemplo, en la esfera penal o disciplinaria) para asegurar que el personal de mando que participa en ambas decisiones y en la conducción de búsquedas en instalaciones de salud no ordene realizar la búsqueda de una manera que cause impedimentos indebidos o la denegación de la prestación de asistencia de salud en esas

instalaciones, ni omita tomar las medidas necesarias a su alcance para prevenir o reprimir las búsquedas realizadas de esa manera por sus subordinados, cuando tienen o deberían haber tenido conocimiento de esa conducta.

- f. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir las medidas de vigilancia que debe adoptar la autoridad que aprueba las operaciones (por ejemplo, comunicación, investigación en caso e incidentes).
- g. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir los requisitos en materia de presentación de informes aplicables al oficial a cargo de la operación de búsqueda en una instalación de salud (por ejemplo, momento de la operación, información).
- h. Designar a una persona encargada de consultar y actualizar en forma constante las lecciones adquiridas durante los procesos de coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de servicios de asistencia de salud, o derivadas de incidentes relacionados con la ausencia de esos procesos.

1.2.2 Medidas para mejorar la comprensión del entorno operacional, a fin de minimizar las consecuencias de las búsquedas en instalaciones de salud para los pacientes y el personal de salud

Es preciso evaluar el entorno operacional tanto antes de una operación como regularmente durante la misma, a fin de adaptar al contexto específico las medidas destinadas a reglamentar la conducta del personal militar durante operaciones de búsqueda en instalaciones de salud y sus consecuencias para los pacientes y el personal de salud, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional.

- a. Incluir personal militar médico así como asesores jurídicos y culturales (cuando los haya) en la planificación, el proceso decisorio y la conducción de operaciones de búsqueda en instalaciones de salud.
- b. En lo posible, evitar posibles ofensas de carácter religioso, cultural o de género durante la planificación y conducción de una operación de búsqueda en una instalación de salud específica (por ejemplo, al entrevistar al personal y a los pacientes o al recorrer salas exclusivas para mujeres u hombres).
- c. Elegir el momento más apropiado para realizar búsquedas (optar entre operaciones diurnas o nocturnas).
- d. Incluir a funcionarios de prensa y de información en la planificación y conducción de operaciones de búsqueda en una instalación de salud específica, con miras a mejorar el manejo de la cobertura de prensa (por ejemplo, mitigar posibles repercusiones negativas para la instalación de salud y las fuerzas armadas).

1.2.3 Medidas de coordinación con los profesionales de salud y las autoridades pertinentes que prestan servicios de asistencia de salud a los heridos y enfermos, a fin de minimizar las consecuencias de las operaciones de búsqueda en las instalaciones de salud

Con antelación a las operaciones, deben adoptarse medidas de coordinación con los prestadores de salud, las ONG pertinentes y otras partes que prestan servicios de asistencia de salud dentro y fuera de la zona de responsabilidad, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional. Esas medidas deben luego mantenerse, puesto que una relación preestablecida puede facilitar las operaciones de búsqueda y minimizar las situaciones que dan lugar a equívocos.

- a. Participar en las plataformas de coordinación de emergencias existentes que se hayan identificado y coordinar las posibles operaciones de búsqueda en una instalación de salud específica. Si ello no es posible o si no hay tales plataformas, considerar la posibilidad de crearlas.
- b. Acordar medidas y procedimientos de coordinación con los prestadores de servicios de salud y las autoridades pertinentes; como mínimo, definir por anticipado los procedimientos generales que se deben seguir en caso de efectuarse una búsqueda (marco temporal, provisión de un preaviso adecuado).
- c. Definir los requisitos para la coordinación, notificación o consulta con las autoridades sanitarias y prestadores de servicios de salud.

- d. Prever la participación del personal médico militar en la interacción con el personal de salud civil en preparación para posibles operaciones de búsqueda en una instalación de salud específica.
- e. Intercambiar y recopilar información sobre la incidencia de enfermedades infecciosas y otros riesgos de salud en las instalaciones de salud situadas dentro de la zona de responsabilidad.
- f. Designar a una persona encargada de actualizar en forma constante las lecciones adquiridas durante los procesos de coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de servicios de asistencia de salud o derivadas de incidentes relacionados con la ausencia de esos procesos.

1.2.4 Medidas para reglamentar la conducta del personal militar mientras realiza operaciones de búsqueda en una instalación de salud específica

Las medidas destinadas a reglamentar las operaciones de búsqueda en una instalación de salud específica deben definirse por anticipado e incluirse en el adiestramiento con antelación a las operaciones, tras lo cual se deben implementar de manera sistemática en el teatro de operaciones, siempre que sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional, a fin de limitar las posibles consecuencias humanitarias de esas acciones.

- a. Con antelación a las operaciones o despliegues, elaborar los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, a fin de reducir al mínimo la perturbación de los servicios médicos provistos por la instalación de salud específica en la que hay que realizar la operación de búsqueda.
- b. Asegurar que los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes incluyan una lista de control de las directrices que se han de seguir durante la operación de búsqueda en una instalación de salud específica.
- c. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, proporcionar orientaciones sobre la naturaleza y el alcance de las preguntas apropiadas que pueden formularse al personal de salud y a los pacientes, sobre las responsabilidades éticas y jurídicas del personal de salud frente a los pacientes, y sobre la obligación jurídica de permitir que los pacientes reciban tratamiento médico sin interferencias indebidas.
- d. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, proporcionar orientaciones a todo el personal militar involucrado en las operaciones acerca del respeto debido a los pacientes y su intimidad (en relación con aspectos médicos, culturales, religiosos o de género).
- e. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, proporcionar orientaciones sobre la interacción del personal médico militar con el personal de salud y los pacientes.
- f. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir las circunstancias en las cuales determinadas personas pueden ser trasladadas fuera de las instalaciones de salud (por ejemplo, para su transferencia a un centro de detención), a fin de asegurar que se cumplan las obligaciones legales en relación con la prestación de asistencia médica y que se tengan en cuenta las opiniones médicas al decidir el traslado y la forma de ejecutarlo (trato conforme al procedimiento operacional uniforme relativo a la detención).
- g. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, proporcionar orientaciones de las circunstancias específicas en las cuales es permisible tomar datos biométricos de los pacientes durante operaciones de búsqueda y la forma de hacerlo.
- h. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, proporcionar orientaciones acerca de los procedimientos relativos al equipamiento personal (por ejemplo, portar armas, chalecos antibalas, cascos, etc.), de acuerdo con las circunstancias del caso.
- i. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, proporcionar orientaciones acerca de las circunstancias y condiciones en las que es permisible emplear la fuerza en una instalación de salud.
- j. Proporcionar orientaciones acerca de las precauciones que deben tomar los soldados, el personal de salud y los pacientes para protegerse de enfermedades infecciosas.
- k. Desplegar fuerzas o recursos suficientes para realizar búsquedas y asegurarse de que los grupos de búsqueda incluyan oficiales médicos y oficiales mujeres, según las circunstancias (debido a aspectos culturales o de género, por ejemplo).

- I. Durante el despliegue previo y en el teatro de operaciones, adiestrar al personal militar (incluso al personal médico militar) que probablemente deba realizar operaciones de búsqueda en instalaciones de salud, para asegurar que esté familiarizado con los procedimientos operacionales uniformes, las órdenes operacionales u otros documentos pertinentes cuya finalidad sea minimizar las perturbaciones durante las búsquedas, y que esté preparado para implementar esas directrices.

1.3 Precauciones durante los ataques (operaciones ofensivas y defensivas)

Siempre que sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional, la ventaja militar que se espera obtener de un ataque contra objetivos militares situados en las proximidades de instalaciones de salud o contra instalaciones de salud que han perdido la protección debe evaluarse cuidadosamente en relación con las consecuencias humanitarias de los daños incidentales o la destrucción causados a esas instalaciones.

Los impactos directos e indirectos que causa en la prestación de servicios médicos un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección deben reducirse al mínimo, siempre que sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional, mediante la adopción de las siguientes medidas:

- 1.3.1 Medidas específicas para garantizar el carácter excepcional de un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección.
- 1.3.2 Medidas para mejorar la comprensión del entorno operacional.
- 1.1.3 Medidas de coordinación con los profesionales de salud y las autoridades pertinentes.
- 1.3.4a Medidas específicas para guiar la planificación y conducción de un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud.
- 1.3.4b Medidas específicas para guiar la planificación y conducción de un ataque contra una instalación de salud que ha perdido su protección.

1.3.1 Medidas específicas para garantizar el carácter excepcional de un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección

En vista de los efectos colaterales (por ejemplo, la interrupción de los servicios de suministro de agua y de electricidad) que puede causar en la prestación de servicios de salud un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección, esos ataques se han de reglamentar en forma estricta. Las medidas deben garantizar la índole excepcional de esos ataques, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional.

- a. Medir el impacto de un ataque en la prestación de asistencia de salud en relación con la misión y el estado final conforme a lo definido por el comandante. Por ende, considerar los ataques cinéticos como medida de último recurso; realizar una evaluación de la amenaza y analizar opciones diferentes de un ataque:
 - Contener la amenaza, por ejemplo, acordonando la zona donde se halla situada la instalación de salud en cuestión.
 - Alcanzar un acuerdo con la otra parte beligerante por el cual ésta se retire de la instalación de salud o se rinda.
 - Alcanzar un acuerdo con la otra parte beligerante acerca de la evacuación del personal de salud y de los pacientes (en el caso de un centro de salud pequeño y a condición de que los pacientes puedan ser transportados).
 - Recurrir a terceros, como autoridades locales formales o informales (por ejemplo, los ancianos de la comunidad) para convencer a la otra parte de que salga de la zona inmediata o se rinda.
- b. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir el nivel de autoridad y las circunstancias (por ejemplo, el umbral de necesidad, determinado sobre la base de los hechos en el terreno) que permiten tomar la decisión de atacar un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o atacar una instalación de salud que ha perdido su protección.

- c. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir el proceso de autorización que se aplica a la solicitud de atacar un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o a la solicitud de atacar una instalación de salud que ha perdido su protección (por ejemplo, las pruebas de la necesidad militar, la ventaja militar que se espera obtener, los daños colaterales que posiblemente sufra la instalación de salud).
- d. Adoptar las disposiciones necesarias para que el personal superior que participa tanto en la decisión de atacar como en la definición de la forma de atacar un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o una instalación de salud que ha perdido su protección (por ejemplo, la autoridad que da su aprobación, el oficial a cargo del ataque) asuman la responsabilidad de su papel en esas operaciones, en el marco del derecho militar.
- e. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir las medidas de vigilancia que debe adoptar la autoridad que aprueba las operaciones (por ejemplo, comunicación, investigación en caso de incidentes).
- f. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir la presentación de informes que debe realizar el oficial a cargo del ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección (por ejemplo, marco temporal, evaluación de los daños causados).
- g. Designar a una persona encargada de actualizar en forma constante las lecciones adquiridas durante los procesos de coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de servicios de asistencia de salud, o derivadas de incidentes relacionados con la ausencia de esos procesos.

1.3.2 Medidas para mejorar la comprensión del entorno operacional en el caso de un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección

Siempre que sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional, es preciso evaluar el entorno operacional tanto antes de una operación como regularmente durante la misma, a fin de adaptar al contexto específico las medidas destinadas a guiar la planificación y conducción de un ataque, para limitar las consecuencias humanitarias de esas acciones.

- a. Mapear y actualizar sistemáticamente la información sobre la ubicación de las instalaciones de salud formales e informales y evaluar su importancia y capacidad para la prestación de servicios de asistencia de salud tanto dentro de la zona de responsabilidad como en su entorno inmediato (por ejemplo, realizar análisis basados en los distintos tipos de centros de salud: hospital, clínica, centro de atención primaria de la salud, servicio de salud, puesto de primeros auxilios, etc.).
- b. Medir la proximidad de las instalaciones de salud a los objetivos militares (tanto propios como del enemigo) y evaluar los posibles daños directos en función de las armas disponibles.
- c. Evaluar los efectos indirectos potenciales de los ataques planificados contra objetivos militares en la prestación de asistencia de salud, en particular las perturbaciones en los servicios esenciales (electricidad, agua, logística) y en el acceso de los pacientes y de sus familiares.
- d. Mapear y actualizar de manera constante las zonas protegidas de los ataques o zonas sensibles, identificando la ubicación de todas las instalaciones de salud y los servicios esenciales de los que depende su funcionamiento.

1.3.3 Medidas de coordinación con los profesionales de salud y las autoridades pertinentes que prestan servicios de asistencia de salud a los heridos y enfermos, a fin de minimizar las consecuencias de un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud o contra una instalación de salud que ha perdido su protección

Con antelación a las operaciones, deben adoptarse medidas de coordinación con los prestadores de salud, las ONG pertinentes y otras partes que prestan servicios de asistencia de salud dentro y fuera de la zona de responsabilidad, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional. Esas medidas deben luego mantenerse, puesto que ello puede facilitar el proceso decisorio relativo a los ataques.

- a. Participar en las plataformas de coordinación de emergencias existentes que se hayan identificado. Si no es posible o si no hay tales plataformas, considerar la posibilidad de crearlas.
- b. Establecer contacto con las autoridades de salud y los prestadores de servicios de salud para:
 - comprender plenamente el papel que cada instalación de salud desempeña en el sistema de salud global. Debe conocerse claramente cuáles son las estructuras médicas de respaldo existentes, si las hay;
 - obtener un conocimiento cabal de las rutas de reabastecimiento en funcionamiento (para medicamentos, agua, electricidad, alimentos, etc.) y de sus sistemas de respaldo;
 - identificar las rutas de reabastecimiento alternativas disponibles (para medicamentos, agua, electricidad, alimentos, etc.).
- c. Mantener constantemente informados a los prestadores de servicios de salud acerca de lo que causaría o constituiría una pérdida de protección.

1.3.4.a Medidas específicas para guiar la planificación y conducción de un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud

Con antelación a la operación, y siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional, es necesario adoptar medidas para guiar la planificación y conducción de un ataque contra un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud y luego implementarlas durante la operación, a fin de limitar las posibles consecuencias humanitarias de ataques directos o indirectos.

- a. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir las circunstancias y condiciones en las que es permisible atacar un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud.
- b. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir el proceso de aprobación por el que se autoriza a atacar un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud y la información de inteligencia requerida para ello (por ejemplo, las pruebas de la necesidad militar, la ventaja militar que se espera obtener, los daños incidentales que se prevé causar a la instalación de salud).
- c. Proporcionar orientaciones, en la forma de procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, para el ataque a un objetivo militar situado en las proximidades de una instalación de salud, adaptadas a la operación y al contexto específicos, a fin de minimizar las consecuencias humanitarias (por ejemplo, evitar o minimizar las perturbaciones en los servicios).
- d. En el proceso de planificación, desarrollar un proceso deliberado e inmediato de determinación de blancos, basado en el DIH y en el derecho de los conflictos armados, en el que se incorpore el análisis del terreno, de los efectos de las armas y de los sistemas vectores.
- e. Incluir personal militar médico, así como a asesores jurídicos y culturales (cuando los haya y cuando proceda), en la planificación, el proceso decisorio y la conducción de ataques contra objetivos militares situados en las proximidades de una instalación de salud, en particular para estimar los posibles daños causados a la instalación de salud.
- f. Antes de los ataques, realizar una evaluación del impacto a fin de comprender claramente el alcance y las consecuencias del daño o destrucción que reducirían la capacidad de una instalación de salud de garantizar alternativas para el reabastecimiento.
- g. Evaluar y seleccionar medidas encaminadas a lograr que el grado de perturbación sea proporcional a la necesidad militar y mitigar los efectos directos e indirectos en la prestación de servicios de salud (por ejemplo, destrucción del objetivo en vez de su neutralización, armamento, métodos, marco temporal).
- h. Preparar un plan de contingencia para encarar las perturbaciones previstas en los servicios médicos a fin de restablecer su funcionamiento pleno cuanto antes. Examinar medidas para la evacuación de pacientes y del personal de salud y para su cuidado apropiado.
- i. Antes de un ataque, dar suficiente preaviso (por ejemplo, mediante la comunicación con terceros influyentes).
- j. Evaluar los daños causados por los ataques en forma constante y mantener la proporcionalidad entre el grado de perturbación y la necesidad militar. Interrumpir el ataque si los daños colaterales superan la ventaja militar esperada.

- k. Tras un ataque, facilitar o implementar medidas para restablecer con rapidez la prestación de servicios de salud (por ejemplo, prestando apoyo médico a la instalación de salud).
- l. Informar a los oficiales superiores de la cadena de mando acerca del ataque, su impacto en la prestación de asistencia de salud y las medidas facilitadas o implementadas para restablecer los servicios médicos.
- m. Tanto durante el despliegue previo como en el teatro de operaciones, adiestrar al personal militar (incluso al personal médico militar) que probablemente deba conducir ataques contra objetivos militares situados en las proximidades de instalaciones de salud, para asegurar que esté familiarizado con los procedimientos operacionales uniformes, las órdenes operacionales u otros documentos pertinentes cuya finalidad sea minimizar las perturbaciones durante las búsquedas, y que esté preparado para implementar esas directrices.

1.3.4.b Medidas específicas para guiar la planificación y conducción de un ataque contra una instalación de salud que ha perdido su protección

Con antelación a la operación, siempre que ello sea factible y pertinente desde el punto de vista operacional, es necesario adoptar medidas para guiar la planificación y conducción de un ataque contra una instalación de salud que ha perdido su protección y luego implementarlas en forma sistemática, a fin de limitar las posibles consecuencias humanitarias de ataques directos o indirectos.

- a. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir las circunstancias y condiciones en las que es permisible atacar una instalación de salud que ha perdido su protección.
- b. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, definir el proceso de aprobación por el que se autoriza a atacar una instalación de salud que ha perdido su protección y la información de inteligencia requerida para ello (por ejemplo, las pruebas de la pérdida de protección, la ventaja militar que se espera obtener, los daños que se prevé causar a la instalación de salud).
- c. Proporcionar orientaciones, en la forma de procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, para atacar una instalación de salud que ha perdido su protección, adaptadas a la operación y contexto específicos, a fin de minimizar las consecuencias humanitarias (por ejemplo, evitar o minimizar las perturbaciones en los servicios).
- d. En los procedimientos operacionales uniformes, órdenes operacionales u otros documentos pertinentes, proporcionar orientaciones acerca de los criterios que causan la pérdida de protección de una instalación de salud, así como sobre la verificación in situ de la pérdida de protección.
- e. En el proceso de planificación, desarrollar un proceso deliberado e inmediato de determinación de blancos deliberado e inmediato, basado en el DIH y en el derecho de los conflictos armados, en el que se incorpore el análisis del terreno, de los efectos de las armas y de los sistemas vectores.
- f. Incluir personal militar médico, así como asesores jurídicos y culturales (cuando los haya y cuando proceda), en la planificación, el proceso decisorio y la conducción de ataques contra una instalación de salud que ha perdido su protección, en particular para estimar los posibles daños causados a la instalación de salud.
- g. Antes de un ataque, realizar una evaluación del impacto, a fin de comprender claramente el alcance y las consecuencias del daño o destrucción que reducirían la capacidad de una instalación de salud de garantizar alternativas para el reabastecimiento.
- h. Evaluar y seleccionar medidas encaminadas a lograr que el grado de perturbación sea proporcional a la necesidad militar y mitigar los efectos directos e indirectos en la prestación de servicios de salud (por ejemplo, destrucción del objetivo en vez de su neutralización, armamento, métodos, marco temporal).
- i. Preparar un plan de contingencia para encarar las perturbaciones previstas en los servicios médicos a fin de restablecer su funcionamiento pleno cuanto antes. Examinar medidas para la evacuación de pacientes y del personal de salud y para su cuidado apropiado.
- j. Antes de un ataque, dar suficiente preaviso a las personas que se encuentran dentro de la instalación de salud (como agentes de salud, pacientes, visitantes o combatientes), por ejemplo, mediante la comunicación con terceros influyentes.

- k. Evaluar los daños causados por los ataques en forma constante y mantener la proporcionalidad entre el grado de perturbación y la necesidad militar. Interrumpir el ataque si los daños colaterales superan la ventaja militar esperada.
- l. Tras un ataque, facilitar o implementar expeditivamente las medidas necesarias para restablecer con rapidez la prestación de servicios de salud (por ejemplo, dando apoyo médico a la instalación de salud).
- m. Interrumpir el ataque si las condiciones que dieron lugar a la pérdida de protección han cesado de existir (por ejemplo, si los combatientes han huido de la instalación de salud).
- n. Informar a los oficiales superiores de la cadena de mando acerca del ataque, su impacto en la prestación de asistencia de salud y las medidas correctivas facilitadas o implementadas.
- o. Durante el despliegue previo y en el teatro de operaciones, adiestrar al personal militar que probablemente deba atacar instalaciones de salud que han perdido su protección, para asegurar que esté familiarizado con los procedimientos operacionales uniformes, las órdenes operacionales u otros documentos pertinentes cuya finalidad sea minimizar las perturbaciones en las instalaciones de salud, y que esté preparado para implementar esas directrices.

ANEXO 2 – EL PROYECTO ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO

El respeto y protección de los heridos y enfermos, del personal de salud, de las instalaciones de salud y de los vehículos sanitarios ha sido uno de los objetivos esenciales del desarrollo del derecho internacional humanitario (DIH) desde que se adoptó el primer Convenio de Ginebra en 1864. Hoy, sin embargo, diversas formas de violencia siguen perturbando o poniendo en peligro la asistencia de salud en muchas partes del mundo.

La violencia o la amenaza de cometer violencia contra el personal de salud, las instalaciones de salud y los vehículos sanitarios durante los conflictos armados y otras situaciones de emergencia son fenómenos generalizados y afectan a personas, familias y comunidades enteras. Casi sin duda, constituyen una de las cuestiones humanitarias más graves que debemos encarar; el número potencial de personas afectadas y los efectos en las necesidades crónicas y agudas justifican esta conclusión.

En noviembre de 2011, la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja²¹ solicitó al CICR que iniciara un proceso de consultas con expertos de los Estados, con el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y con otras partes que intervienen en el sector de la salud. El objetivo era y sigue siendo mejorar la seguridad de la prestación de asistencia de salud en conflictos armados y otras situaciones de emergencia y presentar un informe sobre los avances logrados a la XXXI Conferencia Internacional, que se celebrará en 2015.

El “Proyecto Asistencia de salud en peligro” (HCiD, por sus siglas en inglés), lanzado en pos de este objetivo, ha puesto de relieve los actos a veces violentos que obstaculizan o impiden la prestación de servicios de salud. Esos actos abarcan, entre otros, los ataques directos a pacientes, personal médico, instalaciones de salud y vehículos sanitarios, la denegación de acceso a las instalaciones de salud, y el ingreso por la fuerza y el saqueo de esas instituciones. En la mayoría de los casos, estos actos constituyen violaciones del derecho internacional.

Se reconoce asimismo que puede haber situaciones en las cuales las acciones de las fuerzas armadas de los Estados afectan a los pacientes, al personal médico, a las instalaciones de salud y a los vehículos sanitarios en forma inadvertida y legítima, pero negativa. Encarar estas situaciones con el acuerdo de las fuerzas armadas estatales que desean cooperar en este sentido, sensibilizar acerca de las repercusiones de los comportamientos existentes y modificar las conductas y procedimientos actuales son medidas que acarrearían grandes beneficios en el largo plazo. El hecho de adoptar conductas y procedimientos que protejan en forma efectiva a los heridos y enfermos, al personal médico, a las instalaciones de salud y a los vehículos sanitarios también podría motivar a otras partes a cumplir con el derecho internacional aplicable y lograría reducir la incidencia y la gravedad de los actos de violencia que obstaculizan o impiden la prestación de servicios de salud.

El proyecto HCiD ha reunido a las Sociedades Nacionales y a diferentes colectivos externos interesados, como encargados de formular políticas, funcionarios del sector de salud de los gobiernos, personal militar, organismos humanitarios y representantes de los círculos académicos de unos 100 países, en una serie de talleres de expertos encabezados por el CICR que han versado sobre los siguientes temas:

- El papel y la responsabilidad de las Sociedades Nacionales en materia de prestación de servicios de salud en condiciones seguras, en conflictos armados y otras situaciones de emergencia (dos talleres):
 - Oslo, Noruega²²: organizado por la Cruz Roja Noruega y el CICR - 3 a 5 de diciembre de 2012;
 - Teherán, Irán²³: organizado por la Media Luna Roja de la República Islámica de Irán y el CICR - 2 a 14 de febrero de 2013.

21 Comité Internacional de la Cruz Roja, XXXI Conferencia Internacional - 2011: Resolución 5: La asistencia de salud en peligro: respetar y proteger la asistencia de salud, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

22 El informe sobre el taller de Oslo está disponible en: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/health-care-in-dangerexpert-workshop-oslo-2012-12-03.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

23 El informe sobre el taller de Teherán está disponible en: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/02-08-tehranworkshop-health-care-in-danger.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

- Los derechos y responsabilidades del personal de salud (dos talleres):
 - Londres, Reino Unido²⁴: organizado por la Cruz Roja Británica, el CICR, la Asociación Médica Británica y la Asociación Médica Mundial - 23 de abril de 2012;
 - El Cairo; Egipto²⁵: organizado por la Media Luna Roja Egipcia y el CICR - 17 y 18 de diciembre de 2012.
- Servicios de ambulancia y de atención prehospitalaria en situaciones de riesgo (un taller):
 - Toluca, México²⁶: organizado por la Cruz Roja Mexicana y el CICR - 21 a 24 de mayo de 2013.
- Seguridad física de las instalaciones de salud (dos talleres):
 - Ottawa, Canadá²⁷: organizado por la Cruz Roja Canadiense y el CICR - 25 a 27 de septiembre de 2013.
 - Pretoria, Sudáfrica²⁸: organizado por el gobierno de Sudáfrica (Departamento de Relaciones Internacionales y Cooperación) y el CICR - 8 a 11 de abril de 2014.
- El papel de la sociedad civil y de los líderes religiosos en la promoción del respeto de la asistencia de salud (un taller):
 - Dakar, Senegal: organizado por el CICR - 24 y 25 de abril de 2013.
- Promoción de prácticas militares operacionales que mejoren la seguridad del acceso a la asistencia de salud y de la prestación de servicios médicos (un taller):
 - Sídney, Australia²⁹: organizado por el gobierno de Australia y el CICR - 9 a 12 de diciembre de 2013.
- Marcos normativos nacionales para la protección de la prestación de asistencia de salud (un taller):
 - Bruselas, Bélgica³⁰: organizado por el gobierno de Bélgica, la Comisión Interministerial de Derecho Humanitario de Bélgica, la Cruz Roja de Bélgica y el CICR - 29 a 31 de enero de 2014.

En paralelo con estas actividades, el CICR también ha dialogado acerca del problema de la violencia que afecta la prestación de servicios de salud con determinados grupos armados no estatales. En 2013, se celebraron consultas confidenciales bilaterales constructivas con 25 grupos armados de ocho países. Se espera que las consultas sobre esta cuestión con estos grupos y otras entidades armadas no estatales sigan desarrollándose en los años por venir.

Por otra parte, como parte del proyecto HCiD, se han elaborado instrumentos de promoción y orientación sobre esta problemática. Por ejemplo, en una publicación sobre las responsabilidades del personal de salud³¹, se explican los dilemas éticos y las posibles soluciones para los agentes de salud que afrontan situaciones de inseguridad y violencia al llevar a cabo sus tareas profesionales. Más recientemente, se ha publicado un informe sobre los servicios de ambulancia y de atención prehospitalaria³² que operan en situaciones de inseguridad, en el que se reseñan algunas medidas prácticas que pueden adoptar las autoridades públicas, las fuerzas armadas y el personal de salud para reducir los riesgos que afrontan los prestadores de servicios de salud. Entre estas medidas figuran el fortalecimiento de la legislación nacional; la protección de los servicios de ambulancia; la coordinación más eficaz con las autoridades, incluso con las fuerzas armadas; y la preparación para el personal de ambulancia y los voluntarios.

²⁴ El informe sobre el taller de Londres está disponible en: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/feature/2012/health-care-indanger-feature-2012-04-25.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

²⁵ El informe sobre el taller de El Cairo está disponible en: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2012/12-17-egypt-hcidworkshop.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

²⁶ El informe sobre el taller de México está disponible en: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/05-23-mexicoworkshop-health-care-in-danger.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

²⁷ El informe sobre el taller de Ottawa está disponible en: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/09-24-ottawaworkshop-health-care-in-danger.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

²⁸ El informe sobre el taller de Pretoria está disponible en: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2014/hcid-pretoriaworkshop.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

²⁹ El informe sobre el taller de Sídney está disponible en: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2013/12-06-australia-hcidmilitary-expert-workshop.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

³⁰ El informe sobre el taller de Bruselas está disponible en: <http://www.icrc.org/eng/resources/documents/event/2014/hcid-brusselsworkshop.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

³¹ Comité Internacional de la Cruz Roja, *Asistencia de salud en peligro: Responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados y otras emergencias*, CICR, Ginebra, agosto de 2012, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/p4104.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

³² Comité Internacional de la Cruz Roja, *Servicios de ambulancia y de atención prehospitalaria en situaciones de riesgo*, CICR, Ginebra, noviembre de 2013, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/publication/p4173.htm> (consultado el 10 de julio de 2014).

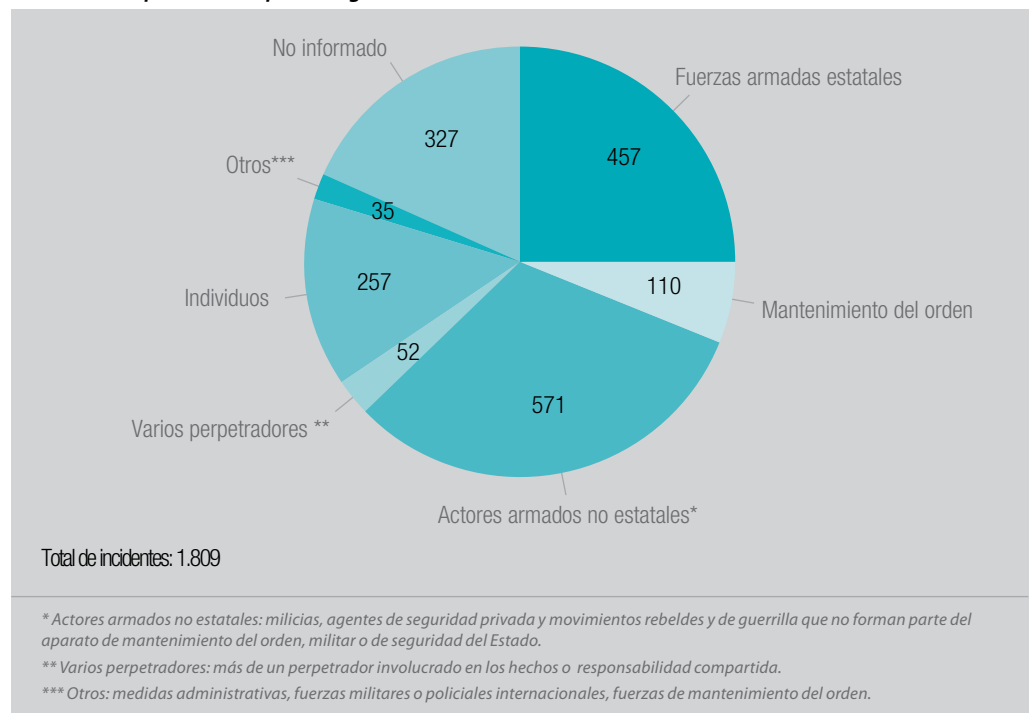
ANEXO 3 – TIPOS DE ACTOS DE VIOLENCIA COMETIDOS POR LAS FUERZAS ARMADAS ESTATALES Y SUS EFECTOS

Sin dejar de lado las responsabilidades que incumben a los grupos armados no estatales, y habida cuenta de que el presente informe se centra en las prácticas operacionales militares que mejoren la seguridad del acceso a la asistencia de salud y de la prestación de servicios de salud, los actos de violencia que se describen a continuación se relacionan sólo con violaciones e incidentes causados por fuerzas armadas estatales. Como ya se ha dicho, los datos, recopilados por el CICR entre enero de 2012 y diciembre de 2013, se obtuvieron de agentes de salud que trabajaban en el terreno, incluso el CICR, y de fuentes abiertas confiables, por ejemplo, los medios de comunicación más conocidos. Cabe destacar que los datos citados no son exhaustivos, sino que se incluyen a fin de reflejar las tendencias generales de la violencia que afectan a la prestación de servicios de salud, tal como se han identificado sobre la base de la información que circula en forma generalizada.

1. Incidentes que afectaron la asistencia de salud, por categoría de perpetradores

Conforme al último informe intermedio, "Asistencia de salud en peligro": Incidentes violentos que afectan la asistencia de salud, enero de 2012 a diciembre de 2013, la distribución de los perpetradores siguió siendo aproximadamente la misma en 2012 y 2013. Las fuerzas armadas y de seguridad de los Estados (es decir, los militares y la policía) y los actores armados no estatales son igualmente responsables, correspondiendo a cada uno de ellos aproximadamente el 30% del total de incidentes (véase el gráfico 1)³³.

Gráfico 1: Perpetradores, por categoría



El análisis de los 1.809 incidentes informados entre enero de 2012 y diciembre 2013 indica que las fuerzas armadas estatales fueron responsables del 25% (457) de las infracciones que deterioran la prestación de servicios de salud.

Entre los actos de violencia informados figuraban bombardeos y saqueos de instalaciones de salud; ingreso por la fuerza y operaciones de búsqueda en instalaciones de salud; actos o amenazas de violencia contra pacientes y personal de salud; y denegación de paso para ambulancias en los puestos de control.

³³ Comité Internacional de la Cruz Roja, *Health Care in Danger: Violent incidents affecting health care, January to December 2013*, CICR, Ginebra, abril de 2014, p. 6.

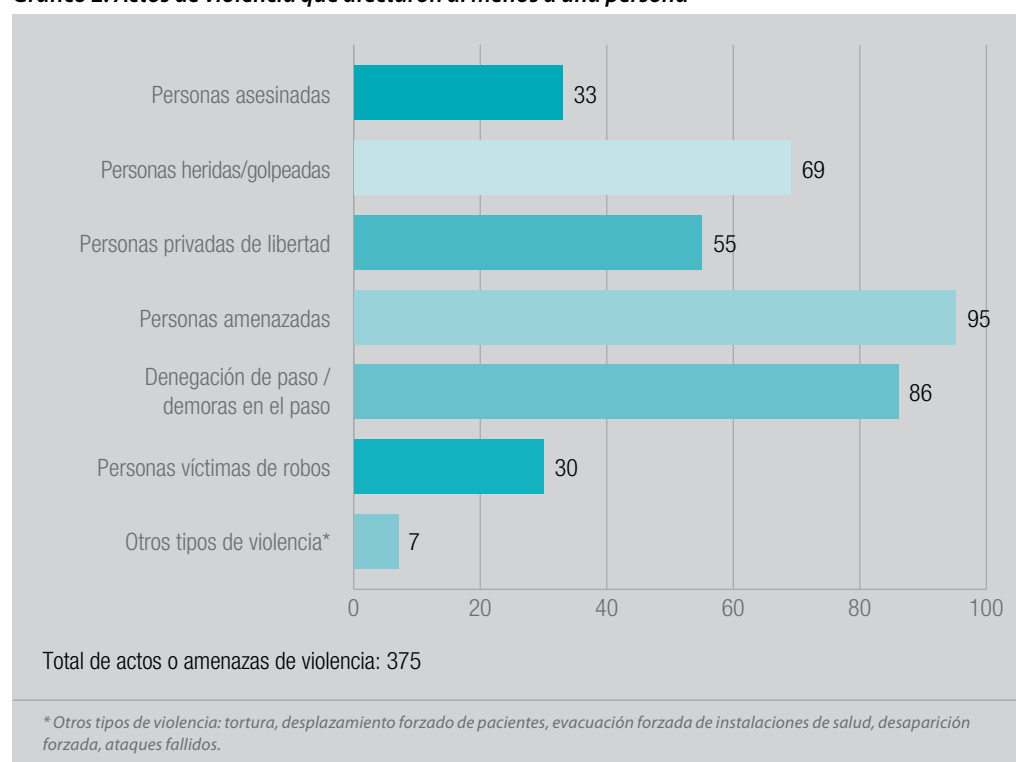
En la siguiente sección, se ofrece un panorama de los actos o amenazas de violencia causados por fuerzas armadas estatales contra agentes de salud, instalaciones de salud y vehículos, citados por las fuentes mencionadas.

2. Actos de violencia cometidos por las fuerzas armadas estatales que afectan a las personas

Los 457 incidentes originados por las fuerzas armadas estatales afectaron a 960 personas, la mayoría de ellas pacientes (585) y agentes de salud (326) y representaron 1.033 actos o amenazas de violencia.

La siguiente sección se centra más específicamente en incidentes causados por fuerzas armadas estatales que afectaron específicamente a agentes de salud.

Gráfico 2: Actos de violencia que afectaron al menos a una persona³⁴

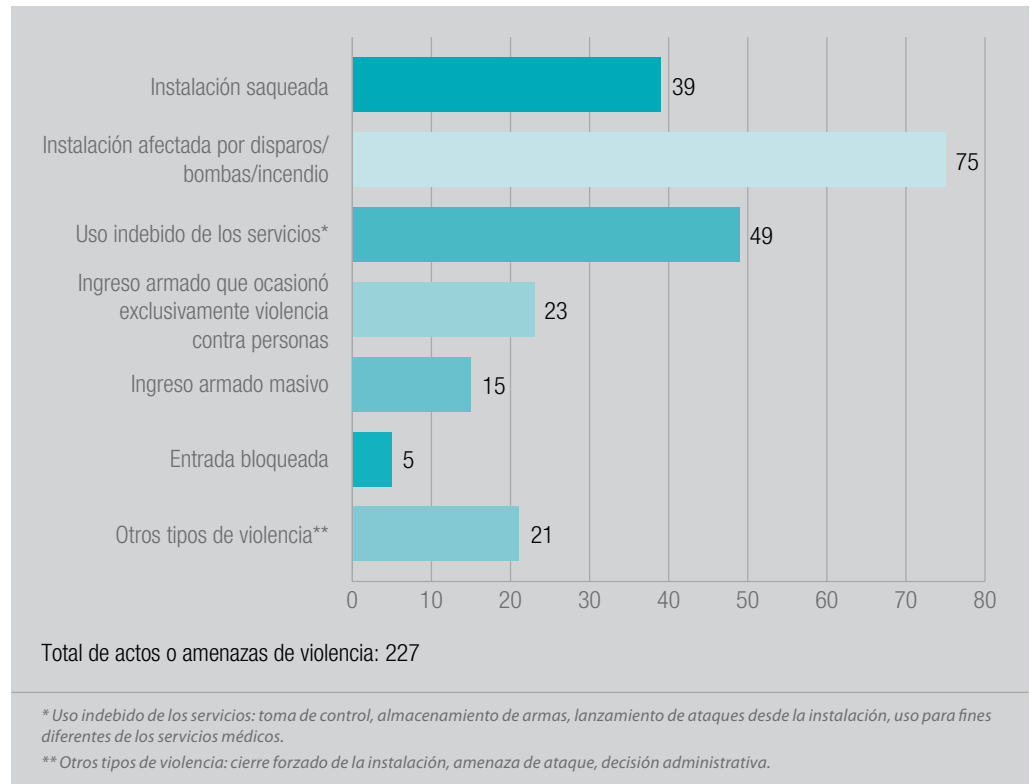


- 326 agentes de salud afectados por 375 actos o amenazas de violencia.
- De los 326 agentes de salud directamente afectados, el 25% sufrió amenazas y el 27% resultó herido, golpeado o asesinado.
- El personal de salud representó más del 50% de las personas detenidas en incidentes en los cuales grupos armados o fuerzas armadas detuvieron vehículos sanitarios o registraron instalaciones de salud (otras personas afectadas fueron pacientes, transeúntes y personal de seguridad).

³⁴ Un incidente puede abarcar diversas categorías de víctimas, afectadas por distintos tipos de violencia. En algunos casos, las personas pueden verse afectadas en más de una forma por el mismo incidente (por ejemplo, una persona que es amenazada de muerte si sigue prestando servicios de salud a ciertas comunidades y que, al mismo tiempo, es víctima de un robo).

3. Actos de violencia cometidos por fuerzas armadas estatales que afectaron instalaciones de salud

Gráfico 3: Actos de violencia que afectaron instalaciones de salud



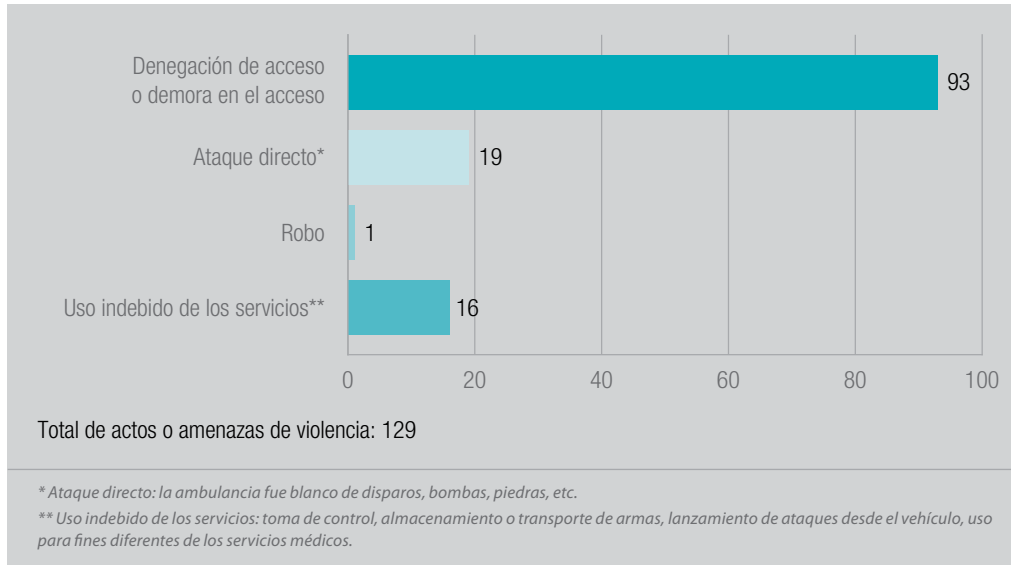
- 212 instalaciones de salud fueron afectadas por 227 actos o amenazas de violencia por parte de fuerzas armadas estatales durante el período examinado.
- El 30% de los incidentes de violencia informados que afectaron las instalaciones de salud fueron atribuidos a fuerzas armadas estatales.
- La mayoría de las categorías descritas también incluyen el ingreso armado por la fuerza a una instalación de salud y por ende representan la mayoría de los incidentes que afectaron a instalaciones de salud.
- El tercer acto o amenaza de violencia más frecuente cometido por las fuerzas armadas estatales contra instalaciones de salud fue el uso indebido de los servicios (49), lo que significa, por ejemplo, que las fuerzas armadas estatales tomen el control de las instalaciones de salud; transformen las instalaciones de salud en objetos que cumplen fines militares, como puestos de comando; introduzcan o almacenen armas pesadas en instalaciones de salud; o usen las instalaciones de salud para lanzar ataques.

Con referencia a las operaciones de búsqueda (una de las tres cuestiones examinadas durante el taller de Sidney), durante el período que se examina, el CICR registró 35 incidentes en los cuales se produjo el ingreso armado de fuerzas armadas estatales y de fuerzas de seguridad en instalaciones de salud, a fin de realizar operaciones de búsqueda para arrestar o llevarse a pacientes o perseguir enemigos que presumiblemente se ocultaban en las proximidades de la instalación. El CICR también registró 30 casos en los cuales las fuerzas armadas arrestaron, dentro de instalaciones de salud y en contra de la voluntad de los médicos, a pacientes que de este modo se vieron privados de tratamiento médico³⁵.

³⁵ Comité Internacional de la Cruz Roja, *Health Care in Danger: Violent incidents affecting health care, January 2012 to December 2013*, CICR, Ginebra, abril de 2014, p. 12.

4. Actos de violencia cometidos por fuerzas armadas estatales que afectaron a ambulancias

Gráfico 4: Actos de violencia que afectaron a ambulancias



- Las fuerzas armadas estatales fueron responsables del 44% de los incidentes que afectaron a ambulancias durante el período que se examina.
- Los principales tipos de actos de violencia que afectaron a ambulancias fueron la denegación de acceso o la demora en el acceso (72%) y los ataques directos (15%).

5. Actos de violencia cometidos por fuerzas armadas estatales en puestos de control

De los 457 incidentes perpetrados por fuerzas armadas estatales durante el período objeto de examen, 112 incidentes se produjeron en puestos de control y 179 personas (agentes de salud, pacientes, familiares de pacientes y otros) fueron víctimas de actos de violencia (es decir, denegación de paso o demoras en el paso (142), arresto (19), asesinato (3), amenazas (23), etc.).

De las 142 personas a las que las fuerzas armadas estatales denegaron el paso (98) o que sufrieron demoras para pasar (44) en un puesto de control, impidiendo o demorando así el acceso rápido a la asistencia de salud, 6 murieron como consecuencia directa de ese acto.

6. Observaciones generales

Los escenarios de inseguridad identificados y las formas de violencia registradas destacan la vulnerabilidad de los heridos y enfermos y del personal de salud que los atiende. Miles de heridos y enfermos pueden verse privados de la asistencia de salud efectiva cuando los hospitales sufren daños a causa de armas explosivas o del ingreso de combatientes por la fuerza, cuando las ambulancias son secuestradas y cuando los agentes de salud son víctimas de amenazas y secuestros o sufren heridas o la muerte.

Los actos de violencia reales (violencia directa) y las amenazas (violencia indirecta) contra los heridos y enfermos y contra las instalaciones de salud, el personal de salud y los vehículos sanitarios en conflictos armados y otras situaciones de emergencia incrementan la necesidad urgente de asistencia médica en momentos en que es más difícil prestar ese servicio. Esos actos de violencia frecuentemente acarrear consecuencias muy graves para las comunidades locales, sobre todo cuando las instalaciones de salud, entre ellas los hospitales, las clínicas, los centros de atención primaria de la salud o los puestos de primeros auxilios tienen que cerrar sus puertas. La inseguridad también agrava las necesidades crónicas cuando la prestación de atención primaria de la salud no se puede llevar a cabo, como sucede cuando

se imposibilita la realización de campañas de vacunación³⁶. Asimismo, en muchos países, hay regiones en las que sencillamente es demasiado peligroso para los agentes de salud trasladarse de un sitio a otro o trabajar. Lo mismo sucede con los heridos y enfermos o sus familiares, que consideran que es inseguro desplazarse hasta las instalaciones de salud. Debido a sus efectos combinados sobre las necesidades crónicas y agudas, la inseguridad de la asistencia de salud es uno de los problemas humanitarios más acuciantes y generalizados en el mundo de hoy. Sin embargo, en la mayoría de los casos, esta grave cuestión humanitaria no ha recibido la atención suficiente.

³⁶ El impacto de la inseguridad general en un solo país ha quedado demostrado en un estudio sobre la República Democrática del Congo, donde se ha estimado que unas 40.000 muertes por mes fueron causadas por enfermedades fácilmente tratables. La razón por la cual estas personas no habían recibido el tratamiento necesario era, según se informó, la inseguridad causada por el conflicto armado. La erradicación de la poliomielitis en diversos países se ve obstaculizada por la inseguridad, que impide que cientos de miles de niños sean vacunados.



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