

# PROTEGER LA ASISTENCIA DE SALUD

GUÍA PARA LAS FUERZAS ARMADAS

ASISTENCIA  
DE SALUD  
EN  
PELIGRO

ES UNA  
CUESTIÓN  
DE VIDA  
O MUERTE



CICR



# **PROTEGER LA ASISTENCIA DE SALUD**

**GUÍA PARA LAS FUERZAS ARMADAS**



# ÍNDICE

PRÓLOGO.....	4
AGRADECIMIENTOS .....	5
INTRODUCCIÓN.....	6
OBJETIVO DE ESTA GUÍA .....	7
EJES PRINCIPALES .....	8
ÁMBITOS OPERACIONALES.....	9
ÍNDICE ANALÍTICO .....	12
TÉRMINOS CLAVE .....	14
MEDIDAS PRÁCTICAS .....	16
I.    Medidas genéricas.....	16
II.   Servicios de salud de las fuerzas armadas .....	23
III.  Coordinación cívico-militar .....	33
IV.  Reglas de enfrentamiento.....	41
V.   Precauciones durante los ataques (ofensiva y defensiva) .....	45
VI.  Proceso de selección de objetivos y efectos del apoyo de fuego conjunto .....	55
VII.  CASEVAC y MEDEVAC .....	58
VIII. Puestos de control.....	65
IX.  Operaciones militares en instalaciones de salud .....	71
ANEXO 1: MARCO JURÍDICO.....	78
ANEXO 2: PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA DE SALUD.....	91
ANEXO 3: INICIATIVA “ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO” .....	94

# PRÓLOGO

La protección del personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios es fundamental en el derecho internacional humanitario (DIH), ordenamiento en el que ocupa un lugar central desde sus orígenes. Pese a los esfuerzos colectivos sostenidos, el personal y los equipos de salud continúan enfrentando situaciones de violencia y ataques. La iniciativa “Asistencia de salud en peligro”, que dirige el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), procura abordar esa problemática mediante una amplia participación de los portadores de armas, los responsables de la formulación de políticas, el personal de salud y el público en general.

La resolución 2286 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (2016) se aprobó a raíz de ataques reiterados contra personal e instalaciones de salud. En ella se solicita a los Estados que “elaboren medidas eficaces para prevenir y combatir los actos de violencia, los ataques y las amenazas contra el personal de salud (...) sus medios de transporte y equipo, así como contra los hospitales y otras instalaciones de salud en los conflictos armados (...) y que compartan los retos y las buenas prácticas”.

Este documento de orientación es fruto de la colaboración específica con las fuerzas armadas y expertos militares, como parte de un estudio en el marco de la iniciativa “Asistencia de salud en peligro” —que contó con el apoyo del Gobierno de Suecia— sobre la protección de la asistencia de salud por parte de fuerzas armadas estatales. Presenta ejemplos concretos y prácticos a través de los cuales las fuerzas armadas pueden proteger mejor al personal y los equipos sanitarios, y salvaguardar el acceso a la atención en los conflictos armados, siempre que estén dispuestas a realizar la tarea meticulosa de revisar su doctrina y su práctica.

Alentamos a todos los portadores de armas a incorporar esta orientación en sus respectivas operaciones militares para proteger tanto al personal como a las instalaciones de salud.

Maciej Polkowski

Jefe de la iniciativa de “Asistencia de salud en peligro”

# AGRADECIMIENTOS

El CICR desea agradecer al Gobierno de Suecia por haber apoyado generosamente la realización de un estudio correspondiente al período 2018–2020 sobre la protección de la asistencia de salud por parte de las fuerzas armadas estatales. Asimismo, deseamos agradecer a la Cruz Roja Sueca, que participó activamente en la tarea de conceptualizar la investigación. Este documento de orientación se basa en los resultados del estudio.

El investigador principal del estudio fue Jan Ninck Blok, analista militar de la iniciativa “Asistencia de salud en peligro”. El investigador agradece a todas las delegaciones del CICR y a los miembros de la Unidad de Relaciones con los Portadores de Armas que participaron en la investigación, así como a las más de 15 fuerzas armadas y organizaciones internacionales con un componente militar que colaboraron. Los expertos militares en operaciones, selección de objetivos, formación, personal, coordinación cívico-militar y asuntos médicos y jurídicos aportaron conocimientos importantes sobre la doctrina y la práctica actuales que se aplican a la protección de la asistencia de salud. El estudio contó con la colaboración de expertos gubernamentales y no gubernamentales, al tiempo que diversos especialistas analizaron los borradores de este documento de orientación y contribuyeron con valiosas observaciones. El autor desea agradecer a todos los expertos, cuyos nombres no se publican por razones de confidencialidad.

Finalmente, la bibliografía secundaria disponible en materia de protección de la asistencia de salud durante conflictos armados fue decisiva para comprender los temas en cuestión. El autor agradece a todas las personas —del CICR y de otros organismos— que participaron y cuyos aportes facilitaron la preparación de este documento.

# INTRODUCCIÓN

El personal y las instalaciones de salud, así como los vehículos sanitarios son objeto de ataques frecuentes en conflictos armados y otras situaciones de emergencia. Según un análisis de las actividades de protección efectuadas en 16 contextos operacionales del CICR entre 2015 y 2017, se registraron 1.261 incidentes de violencia contra el personal de salud. Las cinco clases de ataques principales son las siguientes: destrucción y daños de instalaciones de salud o vehículos sanitarios; interferencias forzadas en establecimientos de salud —incluido el ingreso con armas—; amenazas contra el personal de salud; denegación del acceso a personas heridas o enfermas y obstrucción o interferencia con relación a vehículos sanitarios. Ese tipo de incidentes afecta el acceso a los servicios de asistencia de salud y pone fin a los programas de asistencia de salud curativos y preventivos, lo cual supone un retroceso en los avances de la salud pública logrados a lo largo de décadas.

En 2013, después de haber consultado con más de 30 fuerzas armadas estatales y organizaciones internacionales con un componente militar, el CICR celebró una mesa redonda en Sídney (Australia) sobre doctrina y práctica militares en torno a la protección tanto del personal como de las instalaciones de salud durante conflictos armados y otras situaciones de emergencia. El ejercicio de consulta y la publicación pertinente<sup>1</sup> ofrecen un marco conceptual claro para interactuar con los agentes armados en este tema.

Durante el período comprendido entre fines de 2018 y mediados de 2020, el CICR llevó adelante un estudio de referencia sobre el mismo tema con el apoyo del Gobierno de Suecia. Solicitamos la opinión de más de 15 fuerzas armadas estatales y organizaciones internacionales con un componente militar sobre su doctrina y práctica actuales, además de analizar documentos y archivos de código abierto sobre otras 20 fuerzas armadas estatales. El ejercicio se realizó en todas las regiones del mundo y abarcó diversas formas de organización militar. Nuestra investigación nos permitió identificar un abanico de medidas prácticas que las fuerzas armadas estatales pueden implementar para proteger tanto al personal como a al equipo sanitarios durante las operaciones militares.

En este documento de orientación, se combinan las recomendaciones vertidas en la mesa redonda de Sídney con los resultados del estudio más reciente.

---

<sup>1</sup> CICR, *Promoción de prácticas operacionales militares que mejoren la seguridad del acceso a la asistencia de salud y de la prestación de servicios de salud*, CICR, Ginebra, 2014.



## OBJETIVO DE ESTA GUÍA

El presente documento ofrece una orientación práctica sobre las medidas que pueden implementar las fuerzas armadas para proteger al personal de salud y limitar las consecuencias de los conflictos armados para el acceso a los servicios de salud y su prestación. Aborda temas relativos a la formación, la planificación, la preparación operacional y la ejecución de operaciones militares nacionales y extraterritoriales.

En la compilación de esta guía, el CICR reconoce que las fuerzas armadas u otros portadores de armas no siempre tienen la oportunidad o la capacidad de aplicar algunas de esas medidas. Asimismo, este documento no es exhaustivo: hay medidas que no se incluyen en el presente documento y que pueden ser pertinentes en una operación militar específica.

Por lo tanto, la finalidad de este documento de orientación es ayudar a las fuerzas armadas a reflexionar sobre cómo incorporar la protección del personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios a la hora de planificar y ejecutar las actividades operacionales. No se pretende que los comandantes y el personal militar cumplan las recomendaciones al pie de la letra, sino que las utilicen como directrices para establecer medidas específicas según el contexto.

Además de la versión en inglés, esta guía también está disponible en árabe, español, francés y ruso.

## EJES PRINCIPALES

Las medidas propuestas en este documento de orientación se presentan en nueve ejes principales, cada uno de los cuales aparece en una sección aparte bajo el título de [Términos clave](#) (v. p. 14).

Los ejes principales se refieren a situaciones o funciones a partir de las cuales las fuerzas armadas pueden contribuir significativamente a la protección tanto del personal como de las instalaciones de salud. Los nueve ejes principales son los siguientes:

- Medidas genéricas
- Servicios de salud de las fuerzas armadas
- Cooperación cívico-militar
- Reglas de enfrentamiento
- Precauciones
- Proceso de selección de objetivos militares (como parte de las precauciones)<sup>2</sup>
- CASEVAC y MEDEVAC
- Puestos de control
- Operaciones militares en instalaciones de salud

---

<sup>2</sup> El proceso de selección de objetivos militares se integra en el eje principal sobre precauciones durante los ataques, dado que las medidas básicas sugeridas siguen el mismo marco. No obstante, esta sección incluye medidas más específicas para el proceso de selección de objetivos.

# ÁMBITOS OPERACIONALES

Las medidas están indexadas a partir de diez ámbitos operacionales a los fines de facilitar la referencia. Los ámbitos se desprenden del sistema de personal genérico<sup>3</sup>: las fuerzas armadas de todo el mundo suelen utilizar ese sistema. Los comandantes y el personal militar pueden identificar las medidas prácticas pertinentes acordes a cada eje principal mediante el sistema de índice analítico para buscar medidas específicas aplicables a su propia capacidad funcional dentro de su organización militar.

Los ámbitos operacionales que figuran a continuación describen una parte funcional genérica de la organización de las fuerzas armadas. Las definiciones son deliberadamente amplias para dar cuenta de las diferencias entre los sistemas y la superposición de algunas funciones. Los ámbitos no son jerárquicos.



## Personal

Amplio proceso en torno a los Recursos Humanos y las tareas administrativas afines. Puede incluir las siguientes tareas: identificar el personal, gestionar el reclutamiento, hacer un seguimiento relativo a la educación y la formación, así como determinar el rango y la asignación de todos los miembros de las fuerzas armadas.



## Inteligencia y seguridad

Recopilación y análisis de información sobre fuerzas oponentes, entre otras, movimientos o el entorno del campo de batalla, de oposición y de otro tipo, incluidas las estimaciones de la presencia de la población civil, los daños a esta y los posibles daños colaterales. Esta función también puede incluir la seguridad de la fuerza.



## Actividades operacionales

Personal a cargo de implementar, supervisar y adaptar los planes para la consecución de los objetivos militares. Se encargan del contexto inmediato a corto plazo de las actividades operacionales. El personal responsable de las actividades operacionales incluirá expertos de los demás ámbitos operacionales.

---

3 Más allá de las nueve funciones estándar, se añadió la rendición de cuentas para señalar las medidas prácticas vinculadas a los oficiales que trabajan en procedimientos, políticas y asuntos jurídicos.

 **Logística**


Procesos logísticos que pueden formar parte de las fuerzas militares, como adquisiciones, cadena de suministro, mantenimiento de materiales y movimiento de tropas. En este caso, se hace hincapié en la asistencia de salud, que suele ser una parte integral de la logística.

 **Planes**


Formulación y revisión periódica de estrategias a nivel nacional. Se trazan planes a escala operacional y táctica destinados a alcanzar objetivos militares discretos para cumplir con los objetivos estratégicos. El personal responsable de los planes dirigirá elementos de otros ámbitos operacionales en la creación de planes específicos.

 **Señales**


Las operaciones militares requieren una capacidad de comunicación y un entorno de información eficaces, lo que supondrá un protocolo (conjunto) y una capacidad digital y tecnológica. Este ámbito también podrá incluir la seguridad y la defensa cibernéticas.

 **Educación y formación**

La educación militar prepara al personal con los conocimientos necesarios sobre los aspectos pertinentes a su rama o función. El plan de estudios integrado de toda la carrera incluye la formación, los ejercicios y las evaluaciones, además de la formación específica impartida para cada misión.

 **Gestión de recursos**

Puede necesitarse desarrollar, mantener y evaluar los recursos para respaldar y mantener las funciones de las fuerzas armadas, lo cual podría suponer la evaluación de estructuras, programas, técnicas o material militares.

 **Coordinación cívico-militar**

Las operaciones militares suelen requerir que se establezcan y se mantengan relaciones con la población civil y con las organizaciones humanitarias a los efectos de coordinar, complementar e intercambiar funciones. Este ámbito puede incluir la interacción tanto con autoridades como con prestadores de asistencia de salud civiles.













### **Rendición de cuentas**

Las fuerzas armadas deben contar con un marco jurídico plenamente integrado y un sistema transparente, a fin de brindar orientación jurídica, efectuar supervisiones y asignar responsabilidades, y de abordar medidas disciplinarias y sanciones.

# ÍNDICE ANALÍTICO

Los usuarios pueden desplazarse por las medidas prácticas seleccionando un eje principal de la columna izquierda y un ámbito operacional de la hilera superior. Deberá consultarse el párrafo inicial de cada sección y subsección del eje principal pertinente para conocer el contexto.

ÁMBITO OPERACIONAL		Pers.	Inteligencia	Actividades operacionales	Logística	Planes
EJE PRINCIPAL						
<b>MEDIDAS GENÉRICAS</b>	1	-	a-g, l	-	-	a-i
	2	-	b	-	b, c, e-g	a, b
	3	-	-	g, i, m	j	c-e, h, k, m
	4	-	-	-	a-e	a-e
<b>SERVICIOS DE SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS</b>	1	l	a-k	g-l	a-l	a-c, e, f, j-l
	2	-	b	e-h	a-i	c
	3	c	a, g, i	i	a-m	a-i, k-m
	4	-	-	d, e	a-e	a-c
	5	g	-	-	a-h	a-e, g
<b>COOPERACIÓN CÍVICO-MILITAR</b>	1	-	a-d	a-d, f, g	a-f	e-g
	2	-	a	a-c, e, f, h-j, l	a-c, e-l	a-g, j
	3	d	p	k	a-e, g-k, m, n, p, q, r	a, e-r
	4	-	-	-	a-c	a, b
<b>REGLAS DE ENFRENTAMIENTO</b>	1	-	-	B	a	a-c
	2	-	-	-	a, b, k	a-l
	3	-	-	-	a-c, f	a-f
<b>PRECAUCIONES DURANTE ATAQUES</b>	1	-	a	-	a, c	a-g
	2	-	a-d	a	a	a-c
	3	-	-	c	a, b	a-c
	4	-	b, d-g, j	g-l	e, h, k, l	a-c, f-h, k, m
	5	-	e, g, h, k, l, n	f, h-o	f-l, m, o	a-i, p
<b>SELECCIÓN DE OBJETIVOS MILITARES</b>	6	-	a, b, d-h, k, l, n	a-n	A	d, f, k-o
<b>MEDEVAC Y CASEVAC</b>	1	-	a-d	a-d	a-d	a-c
	2	-	a	a-k	a-k	a, e-k
	3	d	-	b, c, e-i	a-h	a-i
	4	d	-	e, f	a-h	a-h
<b>PUESTOS DE CONTROL</b>	1	-	a-d	a-d	-	a-d
	2	-	-	a-i	a-c, e, f, i	a-c, g-i
	3	h	-	a-k	-	e-f, h-k
	4	-	-	b-e	-	a-d
<b>OPERACIONES MILITARES EN INSTALACIONES DE SALUD</b>	1	-	c	c, d	a	a-d
	2	-	-	a, b, e, f	c-e	a, c-e
	3	m	-	l	a, c-n	a-m
	4	-	-	e, g	-	a-h

Señales 	Educación 	Recurso 	Cívico-militar 	Rendición de cuentas 
- f c, d -	j h g, l e	- - - -	a-c, e, i a-h a, c-f, i, j, l -	h c, d, g a-m a-e
- e - - -	- - - b, e, g, h	- - c, d, k-m - g	b-k a-d, f-i a, f, g, i, j, l, m a-e a-e, g	- c, f, i b, e-g, i, j, m - a, c, d, h
- - - -	- m b, c c	- - d -	a-g a-m a-r a-c	e e a, e, j, q, r a, b
- - -	c - -	- - -	- k -	a, b a-l a, b, d-f
- - - i j	- - - m p	- - - - -	g a, c, d a-c e, g-k f, h-j, l	a-f - c a-e, g a-d, f, h, k, n
J	m	-	a, c, j, l	f, o
- c - -	- k - c, g, h	- - d d	a-d b-k e, f a, b	- f, h a, i a, b, c
- d, g, h e, f -	- - i-k -	- - H -	a-d a-i g b, d, e	- e, f - a
- - - -	- f f, n h	- - m -	a-c a-f e, i, j, m h	a b a, c-e, g-j b-f

## TÉRMINOS CLAVE<sup>4</sup>

**Asistencia de salud** comprende las actividades tendientes a preservar o restablecer la salud a través de la prevención, el diagnóstico, el tratamiento, la cura, la recuperación o la rehabilitación de cualquier condición de salud física o mental<sup>5</sup>. **Asistencia de salud** también puede referirse al sistema organizado por el cual se realizan esas actividades. **Servicio de asistencia de salud** se refiere a la prestación de asistencia en diferentes niveles y ámbitos (p. ej., atención prehospitalaria, servicio de atención primaria de la salud o servicio de rehabilitación), mientras que los **prestadores de asistencia de salud** son los agentes responsables del servicio mencionado (p. ej., agentes médicos o no médicos que asisten de manera individual o grupal).

**Ética médica**<sup>6</sup> es la rama de la Ética que se ocupa de los dilemas morales en el ejercicio de la asistencia de salud. La toma de decisiones éticas en el ámbito de la asistencia de salud se basa en lo siguiente:

- prestar asistencia de salud de manera imparcial;
- resguardar la confidencialidad;
- respetar la dignidad del paciente;
- actuar en el interés superior del paciente;
- no dañar al paciente;
- tratar a las personas y a los grupos sin discriminación<sup>7</sup>.

**Instalaciones de salud** incluye hospitales, laboratorios, clínicas, puestos de primeros auxilios, centros de transfusión de sangre e instalaciones de salud forenses, además de las tiendas médicas y las farmacias de esas instalaciones.

---

4 Las definiciones que vayan más allá de lo establecido en un tratado específico no deberán interpretarse como una ampliación de las respectivas definiciones en el derecho. El contenido de este documento no amplía ninguna definición u obligación del DIH ni de ningún otro conjunto de normas. A modo de referencia, se incluye un conjunto de normas en el [Anexo 1: Marco jurídico](#).

5 La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, aprobada durante la Conferencia Internacional de Salud, celebrada en Nueva York, en 1946, y que entró en vigor en 1948, define salud de la siguiente manera: “estado de bienestar físico, mental y social pleno y no meramente la ausencia de enfermedad o malestar”.

6 Adaptado de la Asociación Médica Mundial (AMM), *Manual de Ética Médica de la AMM*, 2005, pp. 6-9.

7 Como parte de la iniciativa “Asistencia de salud en peligro”, se elaboró un conjunto de principios éticos de la asistencia de salud. Se reproduce en el [Anexo 2: Principios éticos de la asistencia de salud](#).



**Personal de salud** incluye equipo médico y de enfermería, personal paramédico y de primeros auxilios, personal de salud forense y personal de apoyo asignado a funciones médicas. El término también abarca el personal administrativo de las instalaciones de salud y el personal de ambulancias.

**Vehículos sanitarios** incluye ambulancias, barcos y aviones de uso médico —militares o civiles—, y cualquier otro vehículo que transporte insumos o equipos sanitarios.

A los fines de este documento, **ambulancia** se refiere a un medio de transporte disponible localmente en el que se traslada, de la manera más segura y cómoda posible, a personas heridas o enfermas hasta un lugar donde puedan recibir la atención médica o quirúrgica de emergencia que necesiten. También se refiere al lugar en el que se estabiliza el estado de estos pacientes. Las ambulancias pueden trasladar a los pacientes desde el lugar de una emergencia hasta una instalación de salud o entre dos instalaciones de salud.

Son **personas heridas o enfermas** todas las personas —militares o civiles— que requieran asistencia de salud y que no incurran en actos de hostilidad. El término incluye a mujeres embarazadas, niños recién nacidos y personas enfermas.

# MEDIDAS PRÁCTICAS

Cada eje principal contiene listas de medidas prácticas. Cada medida está acompañada por pictogramas de los [ámbitos operacionales](#) donde esta puede resultar pertinente. Las medidas incluyen una referencia cruzada con el índice analítico. Cabe señalar que, si bien una medida no se aplica exclusivamente al ámbito —o ámbitos— operacional consignado, existe un claro vínculo entre la medida en cuestión y la función que el ámbito puede desempeñar en su aplicación. Las medidas podrían aplicarse a otros ámbitos operacionales, según el contexto y la pertinencia operacional.







Con respecto a las medidas relativas a las interacciones y a la coordinación con el personal de salud, debe recordarse que ese personal tiene el deber de respetar la vida humana, actuar en el interés superior del paciente y utilizar los recursos de asistencia de salud en el máximo beneficio de los pacientes y de su comunidad. Debe resguardarse la confidencialidad del paciente, y el personal de salud nunca debe ser obligado a revelar información delicada.





## I. MEDIDAS GENÉRICAS

Las medidas prácticas que figuran en esta sección se aplican a una amplia gama de actividades operacionales y contextos. Son el punto de partida de la mayoría de los planes y deberían aportar herramientas para pensar en situaciones que no se contemplan en otros lugares. Estas medidas se fundan en consideraciones básicas relativas a la protección de los servicios de asistencia de salud, los prestadores de asistencia de salud, las personas heridas o enfermas, y deberían aplicarse siempre que sea viable y pertinente desde el punto de vista operacional.

### **1. MEJORAR LA COMPRESIÓN DEL ENTORNO OPERACIONAL, A FIN DE REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS DE LAS OPERACIONES MILITARES PARA EL SISTEMA DE SALUD CIVIL EN LA ZONA DE OPERACIONES**


El entorno operacional debería evaluarse antes de las actividades operacionales y durante estas últimas, en intervalos regulares. De esa manera, se ayudará a que las medidas tendientes a reducir al mínimo las consecuencias para la asistencia de salud puedan adaptarse al contexto específico y a limitar las consecuencias de las operaciones en el plano humanitario.







-  a. Identificar, mapear y actualizar periódicamente la ubicación de las instalaciones de salud y evaluar su pertinencia y capacidad para la prestación de servicios de asistencia de salud en la zona de operaciones y en sus proximidades (p. ej., mapear y evaluar las instalaciones según su tipo: hospital, clínica, centro de asistencia de salud, puesto de primeros auxilios, etc.).
-  b. Identificar y actualizar periódicamente los diferentes tipos de prestadores de asistencia de salud —formales u oficiosos— que trabajan dentro de la zona de operaciones y fuera de esta y sus respectivos vehículos (p. ej., ambulancias, vehículos civiles sin distintivos, etc.).
-  c. Identificar y actualizar periódicamente los sistemas de identificación de vehículos homologados o reconocidos oficialmente (p. ej., tipo de vehículo, distintivos, seguimiento electrónico, etc.), los distintivos y símbolos de identificación visual y no visual de las instalaciones —de día y de noche—, incluida la identificación desde el aire, y las disposiciones de identificación del personal (p. ej., documentos de identidad, uniformes, etc.).
-  d. Preparar y actualizar continuamente la lista de zonas sensibles y libres de ataques, en la que se identifique la ubicación de todas las instalaciones de salud y los servicios esenciales que dependen de ellos.
-  e. Identificar y actualizar periódicamente la existencia de una plataforma de coordinación —si la hubiera— para los servicios de emergencia y evaluar su funcionamiento.
-  f. Evaluar las posibles consecuencias indirectas para la prestación de asistencia de salud de las operaciones militares en objetivos militares, como la interrupción de los servicios esenciales y el acceso por parte de los pacientes y de sus familias (p. ej., interrupción del suministro de electricidad y agua, obstrucción de los servicios de emergencia y las rutas de suministro, etc.).


-  g. Medir la proximidad de las instalaciones de salud respecto de los objetivos militares —propios y de las fuerzas oponentes— y evaluar los posibles daños directos a partir de la munición disponible.
-  h. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre los criterios por los cuales una instalación de salud perdería su protección y los criterios para verificar *in situ* la pérdida de protección.
-  i. Informar permanentemente de todos los peligros para la seguridad del personal sanitario asociados a acciones militares, incluidos los restos de explosivos de guerra (p. ej., minas pasibles de dispersión y zonas minadas, y daños a zonas con agentes nocivos, como productos químicos industriales).
-  j. Impartir educación y formación continuas a todo el personal sobre el marco jurídico concerniente al personal y a las instalaciones empleadas en la prestación de asistencia de salud.

## **2. COORDINAR ESFUERZOS CON LOS PRESTADORES DE ASISTENCIA DE SALUD Y CON LAS AUTORIDADES PERTINENTES, A FIN DE REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS DE LAS OPERACIONES MILITARES PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE SALUD EN LA ZONA DE OPERACIONES**

Antes de las operaciones, las fuerzas armadas deberían coordinar esfuerzos con los prestadores de asistencia de salud, las organizaciones no gubernamentales (ONG) pertinentes, el CICR y otras organizaciones que presten asistencia sanitaria dentro de la zona de operaciones y fuera de esta. Luego, debería mantenerse la coordinación durante las operaciones para aumentar la comprensión y la cooperación mutuas.





-  a. Participar en una plataforma de coordinación existente, si la hubiera. En caso de no ser posible, o si no existiera esa plataforma, considerar la posibilidad de crear una.

-  b. Contactar a las autoridades y a los prestadores de asistencia de salud con los siguientes fines:
- comprender cabalmente la función que desempeña un centro de salud individual en el sistema de salud general y qué infraestructuras sanitarias de apoyo existen, si las hubiera;
  - tener pleno conocimiento de las rutas de reabastecimiento en funcionamiento (p. ej., para el transporte de medicamentos, agua, electricidad, alimentos, etc.) y sus sistemas de respaldo;
  - identificar las rutas alternativas de reabastecimiento disponibles (p. ej., para el transporte de medicamentos, agua, electricidad, alimentos, etc.) utilizando la información de inteligencia médica.
-  c. Acordar medidas y procedimientos de coordinación con prestadores de asistencia de salud y autoridades pertinentes —como mínimo— y, en lo posible, con las fuerzas oponentes.
-  d. Mantener informados a los prestadores de asistencia de salud sobre qué factores podrían generar o representar la pérdida de la protección a la que tienen derecho.
-  e. Designar a un oficial de enlace para brindar información actualizada periódicamente a los prestadores de asistencia de salud.
-  f. Asignar una frecuencia de radio específica u otro canal de comunicación para el diálogo entre el personal sanitario y el ejército. De ser posible, hacer lo mismo con las fuerzas oponentes.
-  g. Participar al personal sanitario militar —y, cuando proceda, a los asesores culturales y de género—, además de los asesores jurídicos, en el proceso de coordinación.








-  h. Designar un puesto a cargo de examinar y actualizar los aprendizajes adquiridos tanto de la coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de asistencia de salud como de los incidentes derivados de la falta de coordinación.


### **3. PERMITIR QUE EL PERSONAL SANITARIO CIVIL DESEMPEÑE SUS FUNCIONES Y REDUCIR AL MÍNIMO LA INTERRUPCIÓN DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS PÚBLICOS DE ASISTENCIA DE SALUD<sup>8</sup>**


El propósito de esas medidas es orientar la planificación y ejecución de las operaciones militares y, a la vez, reducir al mínimo la interrupción de los servicios de asistencia de salud y apoyar la prestación de esos servicios y el acceso seguro a la asistencia de salud en la zona de operaciones.

-  a. Determinar y acordar los medios de identificación que utiliza el personal sanitario (p. ej., tarjetas de identificación, uniformes, etc.).
-  b. Determinar y acordar los medios de identificación de los vehículos que utiliza el personal de salud: pantallas, distintivos (p. ej., emblemas, número de matrícula, etc.), otros medios visuales (p. ej., luz azul, otras luces, símbolos, banderas, etc.), o cualquier otro medio de identificación (p. ej., sirena, etc.).
-  c. Establecer procedimientos claros para informar a las fuerzas armadas acerca del personal y de los vehículos sanitarios (p. ej., matrícula del vehículo, tarjetas de identificación, fechas, rutas, etc.) que participan en los traslados previstos.
-  d. Establecer procedimientos claros para informar a las fuerzas armadas acerca del personal y de los vehículos sanitarios que participan en los traslados de emergencia.

<sup>8</sup> Para consultar las medidas operacionales aplicables al personal sanitario militar, v. [Servicios de salud de las fuerzas armadas](#). Para consultar las medidas específicas aplicables a las instalaciones sanitarias, v. [Operaciones militares en instalaciones de salud](#).


-  e. Acordar con los prestadores de asistencia de salud un cronograma regular para los trayectos rutinarios de los vehículos sanitarios (p. ej., para los pacientes que requieren diálisis).
-  f. Establecer normas sobre las excepciones para las evacuaciones médicas en caso de toque de queda.
-  g. Instruir al personal militar en el conocimiento de que no siempre es viable identificar los vehículos, las instalaciones y el personal sanitarios ni informar sobre los movimientos y los transportes de emergencia, y que ello no afecta la protección del personal de salud ni de los vehículos sanitarios.
-  h. Establecer normas (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre el nivel de autoridad por el cual puede restringirse el desplazamiento del personal y de los vehículos sanitarios en una zona de operaciones y las circunstancias excepcionales para efectuar esa restricción.
-  i. Asegurarse de que los prestadores de asistencia de salud formales estén informados de las rutas afectadas por las operaciones militares.
-  j. Acordar una interacción o conducta adecuadas entre el personal sanitario y militar sobre el terreno tanto en circunstancias generales como durante incidentes con víctimas del ejército o de la población civil o después de estas.
-  k. Permitir que los pacientes y sus familiares se trasladen sin restricciones ni dilaciones a las instalaciones de salud para recibir tratamiento y, cuando sea viable, prestar asistencia en ese proceso.


 l. Establecer y actualizar de manera permanente un sistema de notificación para hacer el seguimiento de los incidentes que atañen a militares y a prestadores de asistencia de salud o sus vehículos y para aprender de ellos.


 m. Adoptar las medidas necesarias, en virtud del derecho penal militar y de las normas disciplinarias, para asegurarse de que el personal de mando no tome innecesaria o deliberadamente decisiones ni imparta órdenes, en la zona a su cargo, que supongan retrasar o denegar la prestación de asistencia de salud, o bien que limiten o restrinjan el acceso a esa asistencia.

#### **4. ESTABLECER NORMAS SOBRE LA CONDUCTA DEL PERSONAL MILITAR EN LAS OPERACIONES MILITARES, A FIN DE REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS PARA LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE SALUD**



Las medidas destinadas a regular la conducta del personal militar deberían decidirse de antemano e incluirse en la formación previa a las operaciones. Esas medidas deberían aplicarse posteriormente de manera coherente en el teatro de operaciones para limitar las posibles consecuencias de las operaciones militares en el plano humanitario.

 a. Antes de las operaciones o del despliegue, definir los procedimientos operativos estándar, las órdenes operacionales u otra documentación pertinente para reducir al mínimo las interrupciones en la prestación de servicios de asistencia de salud según la operación y el contexto específicos.

 b. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre la forma en que el personal sanitario militar debe interactuar con el personal sanitario civil y con las personas heridas o enfermas.

 c. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre la naturaleza y el alcance de las preguntas que pueden formularse al personal sanitario y a los pacientes.









-  d. Establecer (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) las responsabilidades éticas y jurídicas del personal de salud con respecto a los pacientes, y dejar clara la obligación jurídica de permitir que los pacientes reciban tratamiento médico sin interferencias indebidas.
-  e. Instruir al personal militar, durante la fase previa al despliegue y en el teatro de operaciones, sobre los derechos y las responsabilidades del personal de salud que trabaja en conflictos armados. Asegurarse de que estén familiarizados con los procedimientos operativos estándar, las órdenes operacionales u otra documentación pertinente diseñada para reducir al mínimo la interrupción de la prestación de asistencia de salud.







## II. SERVICIOS DE SALUD DE LAS FUERZAS ARMADAS

El personal sanitario militar presta apoyo sanitario a las fuerzas armadas. Conforme a los principios médicos y el DIH, y tras considerar las consecuencias de las operaciones militares en el plano humanitario, puede solicitarse al personal sanitario que apoyen la prestación de asistencia de salud a la población civil o a las fuerzas oponentes, o bien que presten asistencia cuando esos servicios no estén disponibles o sean deficientes. Del mismo modo, los prestadores de asistencia de salud civiles pueden prestar servicios a las fuerzas armadas durante las operaciones cuando sea necesario. En esta sección, se presentan las medidas que pueden adoptar los servicios de salud de las fuerzas armadas, a fin de prestar apoyo en la zona de operaciones. Siempre que sea viable y pertinente desde el punto de vista operacional, deberían aplicarse las medidas enunciadas a continuación.

### 1. MEJORAR LA COMPRESIÓN DEL ENTORNO OPERACIONAL, A FIN DE PERMITIR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DE SALUD ESENCIALES TANTO A LOS COMBATIENTES COMO A LOS NO COMBATIENTES






El entorno operacional debe evaluarse durante toda la planificación y ejecución de las operaciones, de modo que puedan adaptarse las medidas destinadas a reducir al mínimo las repercusiones en los servicios de asistencia de salud y puedan limitarse las consecuencias de las operaciones en el plano humanitario.





-  a. Antes de las operaciones o del despliegue, preparar un perfil de la zona de operaciones (p. ej., demografía, cultura local, idiomas, costumbres, clima, etc.). Incluir la información y los datos específicos del país disponibles (p. ej., de las autoridades nacionales, la OMS u otras instituciones de salud pública), así como la información de inteligencia médica, cuando sea viable, según resulte pertinente para la operación y el contexto previstos.
-  b. Identificar, mapear y actualizar periódicamente la ubicación de las instalaciones sanitarias. Evaluar su importancia y capacidad para la prestación de servicios de asistencia de salud y la calidad de la asistencia que prestan, tanto en la zona de operaciones como en sus proximidades (p. ej., mapear y evaluar las instalaciones por tipo: hospital, clínica, centro de atención primaria de la salud, puesto de primeros auxilios, etc.).
-  c. Evaluar la disponibilidad de personal de salud y la calidad de la asistencia que presta. Evaluar la cadena de insumos médicos y las existencias, y analizar la presencia y las actividades de los prestadores de asistencia de salud nacionales e internacionales, así como la coordinación entre ellos, en la zona de operaciones.
-  d. Considerar la probabilidad de que haya refugiados o personas desplazadas internamente que puedan necesitar servicios de asistencia de salud en la zona de operaciones y en sus proximidades.
-  e. Evaluar la capacidad de los servicios de asistencia de salud existentes para prestar asistencia de salud a las víctimas civiles y estimar el número de víctimas a partir de las operaciones militares previstas.
-  f. Evaluar la capacidad de los servicios de asistencia de salud existentes para prestar —o ayudar a prestar— asistencia de salud a las víctimas militares y estimar el número de víctimas a partir de las operaciones militares previstas.

-  g. Identificar y actualizar periódicamente los diferentes tipos de prestadores de asistencia de salud —formales u oficiosos— que trabajan dentro de la zona de operaciones y fuera de esta y sus respectivos vehículos (p. ej., ambulancias, vehículos civiles sin distintivos, etc.).
-  h. Determinar los sistemas de identificación de vehículos oficialmente homologados o reconocidos (p. ej., tipo de vehículo, distintivos, seguimiento electrónico, etc.) y los dispositivos de identificación del personal (p. ej., identificaciones, uniformes, etc.).
-  i. Identificar y actualizar periódicamente la existencia de una plataforma de coordinación —si la hubiera— para los servicios de emergencia y evaluar su funcionamiento.
-  j. Considerar los riesgos para la salud de la población civil en la zona de operaciones asociados al despliegue de fuerzas, incluida la presencia de fuerzas oponentes.
-  k. Considerar la posibilidad de que se produzcan brotes de enfermedades o epidemias de alto riesgo.
-  l. Determinar las funciones sanitarias antes de la operación o del despliegue basadas en las evaluaciones anteriores y ajustarlas durante la operación o despliegue de acuerdo con los informes médicos en el terreno y la información de inteligencia del campo de batalla, según sea necesario.

## **2. COORDINAR ESFUERZOS CON EL PERSONAL DE SALUD Y CON LAS AUTORIDADES COMPETENTES PARA PERMITIR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DE SALUD ESENCIALES TANTO A LOS COMBATIENTES COMO A LOS NO COMBATIENTES**

Antes de las operaciones, las fuerzas armadas deberían coordinar esfuerzos con los prestadores de asistencia de salud, las ONG pertinentes y otras organizaciones que prestan asistencia de salud dentro de la zona de operaciones y fuera de esta. La coordinación debería mantenerse durante las operaciones, a fin de aumentar la comprensión y la cooperación mutuas.

-  a. Participar en una plataforma de coordinación de emergencias existente, si la hubiera. En caso de no ser posible, o si no existiera esa plataforma, considerar la posibilidad de crear una.
-  b. Contactar a las autoridades y a los prestadores de asistencia de salud con los siguientes fines:
- comprender cabalmente la función que desempeña un centro de salud individual en el sistema de salud general y qué infraestructuras sanitarias de apoyo existen, si las hubiera;
  - tener pleno conocimiento de las rutas de reabastecimiento en funcionamiento (p. ej., para el transporte de medicamentos, agua, electricidad, alimentos, etc.) y sus sistemas de respaldo;
  - identificar las rutas alternativas de reabastecimiento disponibles (p. ej., para el transporte de medicamentos, agua, electricidad, alimentos, etc.).
-  c. Acordar medidas y procedimientos de coordinación con los prestadores de asistencia de salud y las autoridades pertinentes en relación con los servicios de asistencia de salud, incluida la provisión de suministros, disponibles para la población civil —como mínimo— y, de ser posible, con las fuerzas oponentes.
-  d. Designar un oficial de enlace encargado de supervisar los movimientos para informar periódicamente al personal sanitario militar que participa en el traslado médico sobre las condiciones aéreas, marítimas y terrestres. Compartir esa información actualizada con los prestadores de asistencia de salud civiles.
-  e. Asignar una frecuencia de radio específica u otro canal de comunicación para el diálogo entre el personal sanitario y las fuerzas armadas (p. ej., para informar sobre la ruta de los vehículos sanitarios, los movimientos militares, etc.). De ser posible, hacer lo mismo con las fuerzas oponentes.






-  f. Acordar una interacción o conducta adecuadas entre el personal sanitario civil y el militar. Abordar las inquietudes que pueda tener el personal sanitario civil relativas a las percepciones de parcialidad al interactuar con el personal militar. Asegurarse de que el personal sanitario pueda hacer su trabajo con neutralidad.
-  g. Definir los requisitos que se aplican al personal sanitario militar en materia de notificación y de enlace o consulta con los prestadores de asistencia de salud civiles y las autoridades locales.
-  h. Intercambiar y recabar información sobre la incidencia de enfermedades infecciosas y otros posibles peligros para la salud en zonas pobladas, en instalaciones sanitarias y entre las comunidades en situación de riesgo o marginadas dentro de la zona de operaciones.
-  i. Designar un puesto a cargo de examinar y actualizar los aprendizajes adquiridos tanto de la coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de asistencia de salud como de los problemas derivados de la falta de coordinación.







### **3. CONTRIBUIR A LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DE SALUD A LA POBLACIÓN CIVIL Y PRESTAR ASISTENCIA A LOS PACIENTES CIVILES EN LA ZONA DE OPERACIONES**



El personal sanitario militar debe prestar la mejor atención disponible y aliviar el sufrimiento de las personas heridas y enfermas sin distinción<sup>9</sup>. Dadas las posibles consecuencias de las operaciones militares en el plano humanitario, es posible que los servicios sanitarios de las fuerzas armadas tengan que ayudar a atender a la población civil, sin que la prestación de servicios de asistencia de salud civil sufra interrupciones.

---

9 V. [Anexo 2: Principios éticos de la asistencia de salud](#).



-  a. Antes de las operaciones o del despliegue, brindar un perfil de la zona de operaciones (p. ej., demografía, cultura local, idiomas, costumbres, clima, etc.) al personal sanitario militar basado en la información y los datos específicos de cada país disponibles (p. ej., de las autoridades nacionales, la OMS u otras instituciones de salud pública) y en la información de inteligencia médica.
-  b. Antes de las operaciones o del despliegue, determinar (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) el nivel y la capacidad de la asistencia de salud que puede prestarse a la población civil.
-  c. Desplegar suficiente personal, equipo y vehículos sanitarios militares para prestar asistencia de salud a las víctimas militares y civiles, incluidas las de las fuerzas oponentes, según el perfil de salud pública de la zona de operaciones y la estimación de víctimas militares y civiles.
-  d. Considerar la posibilidad de desplegar clínicas adicionales en el terreno para brindar atención específicamente a la población civil y mantenerlas separadas de las principales ubicaciones de la fuerza. Considerar, asimismo, la posibilidad de desplegar clínicas en el terreno fuera de la zona de operaciones, especialmente cuando haya población civil desplazada.
-  e. Asegurarse de que el nivel y la capacidad de la asistencia de salud prestada a la población civil sean los mismos en toda la zona de operaciones para mantener la imparcialidad en la prestación de servicios de asistencia de salud. Tener en cuenta los aspectos sociales, culturales y de género, que se reflejan en los establecimientos y servicios de salud locales de la población civil. El mantenimiento del mismo nivel y capacidad de asistencia de salud en toda la zona de operaciones reviste particular importancia en una coalición cuando los servicios de asistencia de salud son brindados por diversos asociados.

-  f. Considerar la posibilidad de establecer programas preventivos de asistencia de salud y saneamiento para la población civil destinados a evitar brotes de enfermedades. En esos programas, deberían tenerse en cuenta los aspectos sociales, culturales y de género, que se reflejan en los establecimientos y servicios de salud locales de la población civil.
-  g. Considerar la posibilidad de establecer bahías separadas para las fuerzas propias, las fuerzas oponentes y la población civil en las zonas de evaluación primaria de una base militar, si existieran problemas de seguridad.
-  h. Antes de las operaciones o del despliegue, identificar los medios de transporte y las rutas (p. ej., aire o carretera; civiles o militares) entre el punto de la lesión y las instalaciones de salud, y entre las instalaciones —civiles y militares—, de modo que pueda evacuarse a los pacientes tanto de la población civil como del ejército. Considerar las opciones de medios de transporte dedicados y no dedicados. Al identificar los medios de transporte, deberían tenerse en cuenta los aspectos sociales, culturales y de género, que se reflejan en los establecimientos y servicios de salud locales de carácter civil<sup>10</sup>.
-  i. Considerar los requisitos en materia de documentación y planificación de rutas para los cruces fronterizos y los puestos de control.
-  j. Establecer (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) los requisitos para el oficial médico a cargo en lo referido a los pacientes civiles que están al cuidado del personal sanitario militar.
-  k. Asegurarse de que el personal sanitario militar disponga de equipos de protección personal suficientes para hacer frente a los brotes de enfermedades infecciosas y otros posibles peligros relacionados con la salud.




-  l. Planificar una estrategia de salida para asegurarse de que la población civil continúe recibiendo servicios de asistencia de salud adecuados cuando los servicios de salud de las fuerzas armadas emprendan la retirada prevista de la zona de operaciones.
-  m. Considerar la posibilidad de donar equipo y material médico a los prestadores de asistencia de salud civiles al retirarse de la zona de operaciones. Antes de hacerlo, verificar cuestiones como la vida útil del equipo, las necesidades de formación, el suministro de bienes fungibles y la gestión de desechos.

#### **4. SOLICITAR EL ASESORAMIENTO DEL PERSONAL SANITARIO MILITAR EN LA PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE ATAQUES CONTRA OBJETIVOS MILITARES**

Debería solicitarse el asesoramiento del personal sanitario militar sobre las formas de reducir las consecuencias negativas para la prestación de servicios de asistencia de salud dirigida a la población civil a la hora de planificar, tomar decisiones y ejecutar operaciones militares.


-  a. Pedir al personal sanitario militar que evalúe cómo los ataques previstos a objetivos militares podrían afectar indirectamente la prestación de los servicios de asistencia de salud civiles, incluida la interrupción de servicios esenciales (p. ej., electricidad, agua, logística, etc.) y el acceso por parte de los pacientes y sus familias.
-  b. Solicitar al personal sanitario militar que ayude a evaluar el grado de daños o destrucción que podrían causar las operaciones militares previstas y cómo esos daños o destrucción podrían afectar el reabastecimiento de las instalaciones de salud.








-  c. Solicitar al personal sanitario militar que asesore sobre la preparación de un plan de contingencia para hacer frente a la interrupción estimada en la prestación de servicios de asistencia de salud a la población civil y restablecer la prestación de servicios completos sin dilaciones. Considerar medidas no solo para evacuar —preventivamente— pacientes y personal de salud, sino también para que estos reciban un trato adecuado.
-  d. Facilitar o aplicar medidas para restablecer rápidamente la prestación de servicios de asistencia de salud (p. ej., apoyo médico para el centro de salud, apoyo de ingeniería para la construcción y reparación, etc.) después de un ataque, teniendo presente el posible riesgo que supone el despliegue militar en las proximidades de las instalaciones de salud de la población civil.
-  e. Informar, a través de la cadena de mando, acerca de las consecuencias de un ataque para la prestación de servicios de asistencia de salud y de las medidas facilitadas o aplicadas, a fin de restablecer la prestación de esos servicios.

##### **5. ESTABLECER NORMAS DE CONDUCTA PARA EL PERSONAL SANITARIO MILITAR, A FIN DE EVITAR LA INTERRUPCIÓN DE LAS ACTIVIDADES SANITARIAS Y DE ASEGURAR QUE ESE PERSONAL CUMPLA SU DOBLE RESPONSABILIDAD (COMO MIEMBROS DE LAS FUERZAS Y COMO PROFESIONALES DE LA SALUD)**

Las normas sobre la conducta del personal sanitario militar deberían decidirse de antemano e incluirse en la formación previa a las operaciones. Estas normas deberían aplicarse entonces de manera coherente en el teatro de operaciones.

-  a. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre la forma en que el personal sanitario militar debe interactuar con las autoridades civiles, el personal sanitario civil y los pacientes civiles —en lo referido a consideraciones médicas, sociales, culturales, de género o religiosas—, según sea pertinente a la operación y el contexto. Considerar cualquier restricción cultural en la prestación de asistencia de salud. Consultar con la comunidad local antes de diseñar una orientación.

-  b. Brindar orientación sobre el respeto de la autoridad y las normas de atención del personal sanitario civil y su función principal en la gestión de los servicios de asistencia de salud de la población civil.
-  c. Definir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) las circunstancias y condiciones en que los pacientes civiles pueden ser retirados de las instalaciones de salud militares (p. ej., para ser trasladados a un centro de detención), a fin de asegurarse de que se cumplan los requisitos jurídicos relativos a la prestación de asistencia de salud y que la toma de decisión relativa al retiro y la ejecución de esta última se realicen mediante evaluaciones médicas (p. ej., tratamiento conforme a los procedimientos operativos estándar de detención).
-  d. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre los procedimientos relativos al equipo del personal sanitario militar (p. ej., portación de armas ligeras, equipos de protección antibala, cascos, tarjetas de identificación médica, etc.).
-  e. Brindar orientación sobre las precauciones que el personal sanitario y los pacientes deberían tomar para protegerse de las enfermedades infecciosas. Brindar orientación y formación al personal militar no médico que esté expuesto a los mismos riesgos para la salud (p. ej., normas de higiene, medidas profilácticas, programas de vacunación, uso de equipo de protección personal, tratamiento, etc.).
-  f. Establecer un sistema de vigilancia sanitaria, que incluya la presentación de informes individuales, para hacer un seguimiento de los aspectos relativos a la salud del personal militar y responder a ellos, y para prevenir la propagación de enfermedades fuera de las bases militares en la zona de operaciones.



g. Brindar orientación y desplegar fuerzas o recursos suficientes para prestar asistencia de salud a los pacientes civiles, teniendo debidamente en cuenta los aspectos sociales, culturales y de género (p. ej., intérpretes, proporción de hombres y mujeres en el personal de salud, etc.).



h. Impartir la formación adecuada al personal sanitario militar durante la fase previa al despliegue y en el teatro de operaciones para su familiarización y sensibilización respecto del contexto cultural local.

### III. COORDINACIÓN CÍVICO-MILITAR

























La coordinación de esfuerzos tanto con autoridades como con prestadores de asistencia de salud civiles puede ser beneficiosa para las fuerzas armadas y los asociados no militares, ya que permite a ambas partes intercambiar información de salud pública<sup>11</sup> y prestar servicios mutuos. La coordinación cívico-militar también permite a la fuerza comprender mejor el entorno operativo y satisfacer las necesidades de asistencia de salud de la población civil. Esa interacción es importante cuando se interrumpen los servicios regulares de asistencia de salud o cuando se necesita una capacidad de despliegue para atender un elevado número de pacientes. Siempre que sea viable y pertinente desde el punto de vista operacional, deberían aplicarse las medidas enunciadas a continuación.




#### 1. MEJORAR LA COMPRENSIÓN DEL ENTORNO OPERACIONAL FACILITANDO LA COORDINACIÓN TANTO CON AUTORIDADES COMO CON PRESTADORES DE ASISTENCIA DE SALUD CIVILES

Las fuerzas armadas deberían mapear las autoridades civiles, los prestadores de asistencia de salud civiles, las ONG y otras organizaciones pertinentes que participan en la asistencia a personas heridas y enfermas antes de las operaciones, mantener ese mapa actualizado durante las operaciones y establecer enlaces cuando proceda.

---










11 En consonancia con el principio de confidencialidad médica, la información personal de los pacientes no puede compartirse por esos canales.









-     a. Identificar, mapear y actualizar periódicamente la ubicación de las instalaciones de salud y evaluar su importancia y capacidad para la prestación de servicios de asistencia de salud en la zona de operaciones y en sus proximidades (p. ej., mapear y evaluar las instalaciones según su tipo: hospital, clínica, centro de asistencia de salud, puesto de primeros auxilios, etc.).
-     b. Identificar y actualizar periódicamente los diferentes tipos de prestadores de asistencia de salud —formales u oficiosos— que trabajan dentro de la zona de operaciones y fuera de esta y sus respectivos vehículos (p. ej., ambulancias, vehículos civiles sin distintivos, etc.).
-     c. Determinar los sistemas de identificación de vehículos oficialmente homologados o reconocidos (p. ej., tipo de vehículo, distintivos, seguimiento electrónico, etc.) y los dispositivos de identificación del personal (p. ej., identificaciones, uniformes, etc.).
-     d. Identificar y actualizar periódicamente la existencia de una plataforma de coordinación, si la hubiera, con los prestadores de asistencia de salud. Si no existe tal plataforma, considerar la posibilidad de crear una e integrarla en la coordinación cívico-militar.
-     e. Involucrar al personal sanitario militar, así como a los asesores jurídicos, culturales y de género —cuando estén disponibles y sean necesarios— en la interacción con los organismos civiles.
-     f. Evitar, en la medida de lo posible, potenciales afrentas a sensibilidades religiosas, de género y culturales u otros factores, durante las interacciones con organismos civiles. Consultar con la comunidad local cuando sea necesario.



-    g. Incluir a los oficiales de prensa e información en las actividades cívico-militares para gestionar mejor la cobertura de los medios de comunicación (p. ej., a fin de mitigar las posibles consecuencias negativas tanto para los prestadores de asistencia de salud como para los militares).

**2. COORDINAR ESFUERZOS CON LAS AUTORIDADES CIVILES Y CON LOS PRESTADORES DE ASISTENCIA DE SALUD EN APOYO DE LA COORDINACIÓN CÍVICO-MILITAR PARA COLABORAR EN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE SALUD Y REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS DE LAS OPERACIONES MILITARES PARA EL SISTEMA DE SALUD CIVIL**

Antes de las operaciones, las fuerzas armadas deberían establecer un enlace con los prestadores de asistencia de salud, las ONG pertinentes y otras organizaciones que prestan asistencia de salud en la zona de operaciones. Debería mantenerse el vínculo durante todas las operaciones, a fin de aumentar la comprensión mutua, el intercambio de información y la coordinación.




-    a. Contactar a las autoridades y a los prestadores de asistencia de salud con los siguientes fines:
- comprender cabalmente la función que desempeña un centro de salud individual en el sistema de salud general y qué infraestructuras sanitarias de apoyo existen, si las hubiera;
  - tener pleno conocimiento de las rutas de reabastecimiento en funcionamiento (p. ej., para el transporte de medicamentos, agua, electricidad, alimentos, etc.) y sus sistemas de respaldo;
  - identificar las rutas alternativas de reabastecimiento disponibles (p. ej., para el transporte de medicamentos, agua, electricidad, alimentos, etc.).
-    b. Participar en una plataforma de coordinación existente, si la hubiera. En caso de no ser posible, o si no existiera esa plataforma, considerar la posibilidad de crear una e integrarla en la coordinación cívico-militar.
-    c. Acordar medidas y procedimientos de coordinación con los prestadores de asistencia de salud y las autoridades pertinentes antes de iniciar las actividades compartidas.








-  d. Designar un oficial de enlace cívico-militar para recabar información de los prestadores de asistencia de salud y actualizarla periódicamente.
-  e. Definir (p. ej., en órdenes operacionales o documentos similares) los requisitos que se aplican en materia de notificación y de enlace o consulta con las autoridades y los prestadores de asistencia de salud.
-  f. Hacer los preparativos para que el personal sanitario militar participe en las interacciones con los prestadores de asistencia de salud civiles.
-  g. Definir las funciones de los oficiales médicos cívico-militares y militares, y la división entre ambos, en la coordinación con los prestadores de asistencia de salud civiles. Considerar la posibilidad de incorporar un especialista en asistencia de salud de la esfera militar en la coordinación cívico-militar.
-  h. Intercambiar y recabar información sobre la incidencia de las enfermedades infecciosas y otros posibles peligros para la salud en la zona de operaciones.
-  i. Asignar una frecuencia de radio específica u otro canal de comunicación para el diálogo entre el personal sanitario civil y el militar. De ser posible, hacer lo mismo con las fuerzas oponentes.
-  j. Acordar una interacción o conducta adecuadas entre el personal sanitario y el militar. Abordar las inquietudes que pueda tener el personal sanitario civil relativas a las percepciones de parcialidad al interactuar con el personal militar. Asegurarse de que el personal sanitario pueda hacer su trabajo con neutralidad.
-  k. Mantener informados a los prestadores de asistencia de salud sobre qué factores podrían generar o representar la pérdida de la protección a la que tienen derecho.

- 
 l. Establecer procedimientos claros para informar a las fuerzas armadas acerca del personal y de los vehículos sanitarios (p. ej., matrícula del vehículo, tarjetas de identificación, fechas, rutas, etc.) que participan en los traslados de rutina, previstos y de emergencia.
  
- 
 m. Designar un puesto a cargo de examinar y actualizar los aprendizajes adquiridos tanto de la coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de asistencia de salud como de los problemas derivados de la falta de coordinación.

















### **3. HACER PARTICIPAR A LOS OFICIALES A CARGO DE LA COORDINACIÓN CÍVICO-MILITAR Y OTRO PERSONAL EN EL APOYO A LOS SERVICIOS DE ASISTENCIA DE SALUD CIVILES Y REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS DE LAS OPERACIONES MILITARES PARA LA ASISTENCIA DE SALUD**

Los oficiales y el personal de coordinación cívico-militar pueden ayudar a las autoridades civiles y a los servicios de asistencia de salud civiles a prevenir, preparar y responder al impacto humanitario y otras consecuencias adversas de las operaciones militares.

- 
 a. Antes de las operaciones o del despliegue, definir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) la conducta de los oficiales y del personal de coordinación cívico-militar, a fin de reducir al mínimo la interrupción de los servicios de asistencia de salud.
  
- 
 b. Establecer un sistema de presentación de informes y designar un puesto a cargo de hacer un seguimiento de los incidentes relacionados con la coordinación cívico-militar (p. ej., falta de claridad en la división de responsabilidades, falta de comunicación, etc.), actualizar el sistema de presentación de informes y adquirir aprendizajes.
  
- 
 c. Impartir formación específica para cada misión al personal cívico-militar, tanto durante la fase previa al despliegue como en el teatro de operaciones, sobre la coordinación con las autoridades civiles.

-  d. Desplegar fuerzas o recursos suficientes para hacer funcionar una plataforma de coordinación cívico-militar, incluido un centro.
-  e. Establecer (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) los requisitos de presentación de informes que se aplican al oficial encargado de los asuntos cívico-militares.
-  f. Considerar la posibilidad de abrir un centro de coordinación cívico-militar en un lugar de fácil acceso para autoridades y prestadores de asistencia de salud civiles, pero no en las proximidades de sitios protegidos, como instalaciones de salud.
-  g. Recabar información tanto de autoridades como de prestadores de asistencia de salud civiles sobre las víctimas civiles y cotejarlas con los registros actualizados de los informes sobre víctimas civiles.
-  h. Recabar información tanto de autoridades como de prestadores de asistencia de salud civiles sobre el contexto político, cultural y religioso. Proporcionar esa información al personal sanitario militar para que pueda ajustar la forma en que interactúa con la población civil local. Incluir consultas con la comunidad local, cuando sea necesario. Reconocer que la información puede ser de carácter sensible y proceder en consecuencia.
-  i. Colaborar con las autoridades civiles y con el personal de salud para identificar los sitios que encierran un posible riesgo para la salud pública (p. ej., sitios que contienen materiales químicos, biológicos, radiológicos o nucleares, instalaciones industriales, etc.).
-  j. Colaborar con los prestadores de asistencia de salud civiles, a fin de efectuar una evaluación de riesgos relativa a las consecuencias de posibles brotes epidémicos para la población civil.



-    k. Identificar y evaluar las consecuencias de las operaciones militares planificadas y completadas en la población civil.
-   l. Proporcionar a los prestadores de asistencia de salud civiles información en materia de seguridad (p. ej., toques de queda, minas, condiciones fronterizas y rutas). Intercambiar mapas de los restos explosivos de guerra (p. ej., artefactos sin estallar, municiones en racimo, etc.) que puedan incidir en los servicios de asistencia de salud.
-    m. Debatir y prestar apoyo en transporte y logística para la cadena de suministro de asistencia de salud civil.
-    n. Acordar tanto con autoridades como con prestadores de asistencia de salud civiles los procedimientos de evacuación de bajas (CASEVAC) y de evacuación médica (MEDEVAC) para las víctimas civiles<sup>12</sup>.
-   o. Contribuir al proceso de selección de objetivos identificando y evaluando la infraestructura para evitar daños a las instalaciones sanitarias civiles y reducir al mínimo la interrupción de los servicios de asistencia de salud<sup>13</sup>.
-    p. Coordinar esfuerzos tanto con autoridades como con prestadores de asistencia de salud civiles sobre asistencia (p. ej., la capacidad de ingeniería militar) para el rápido restablecimiento de los servicios de asistencia de salud, las principales rutas de acceso y los servicios públicos esenciales (p. ej., reparación y construcción) tras las operaciones militares.

---

12 [V. CASEVAC y MEDEVAC.](#)

13 [V. Precauciones durante los ataques \(ofensiva y defensiva\) y Proceso de selección de objetivos.](#)



- q. Preparar un plan de contingencia tanto con autoridades como con prestadores de asistencia de salud civiles para hacer frente a la posible interrupción de los servicios de salud derivada de las operaciones militares y restablecer la prestación plena de servicios sin dilaciones. Considerar medidas no solo para evacuar pacientes y personal de salud, sino también para que estos reciban un trato adecuado.






- r. Proceder de conformidad con el principio de “no causar daño” y adoptar medidas para evitar que la coordinación cívico-militar tenga consecuencias adversas para los prestadores de servicios de salud civiles<sup>14</sup>. Reconocer que la colaboración con autoridades civiles y prestadores de asistencia de salud puede suponer riesgos para ellos o sus actividades. Acordar el alcance de la asistencia de salud (p. ej., complementar los servicios de asistencia de salud de la población civil, ofrecer capacidad de despliegue cuando se prevean víctimas civiles, restablecer los servicios de asistencia de salud que hayan quedado interrumpidos, etc.) y contar con una estrategia de salida para el final de la misión.

#### **4. ESTABLECER NORMAS SOBRE LA CONDUCTA DEL PERSONAL MILITAR QUE PARTICIPA EN LA COORDINACIÓN CÍVICO-MILITAR PARA APOYAR LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE ASISTENCIA DE SALUD A LA POBLACIÓN CIVIL Y REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS DE LAS OPERACIONES MILITARES PARA LA ASISTENCIA DE SALUD**

Las medidas para regular la conducta del personal cívico-militar deberían decidirse de antemano e incluirse en la formación previa a las operaciones. Esas medidas deberían aplicarse luego de manera coherente en el teatro de operaciones.

<sup>14</sup> Las actividades solo deben contribuir positivamente a la población civil y no afectarla de manera negativa.


-  a. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre la forma en que el personal cívico-militar debería interactuar tanto con autoridades como con prestadores de asistencia de salud civiles en el contexto específico (p. ej., en consideraciones médicas, éticas, culturales, de género o religiosas) y sobre los posibles riesgos que puede suponer esa interacción. Consultar con la comunidad local cuando sea necesario.
-  b. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre los procedimientos relativos al equipo de protección personal (p. ej., portación de armas, equipos de protección antibala, cascos, etc.) durante las reuniones con autoridades civiles y prestadores de asistencia de salud, según las circunstancias imperantes.
-  c. Durante la fase previa al despliegue y en el teatro de operaciones, impartir la formación apropiada al personal cívico-militar —incluido el personal sanitario militar— para que se familiarice con los procedimientos operativos estándar, las órdenes operacionales u otra documentación pertinente sobre asuntos civiles y militares relativos a la asistencia de salud.


## IV. REGLAS DE ENFRENTAMIENTO


Las reglas de enfrentamiento u órdenes que regulan el uso de la fuerza son emitidas antes de una operación por un alto mando militar. Por lo general se emiten para una operación y un contexto específicos. Las reglas de enfrentamiento brindan orientación sobre cuándo y en qué circunstancias puede emplearse la fuerza, y establecen límites al uso de esta y al empleo de capacidades. También pueden incluir procedimientos para la acción posterior al cese de hostilidades y normas sobre el uso de la fuerza para apoyar a las autoridades civiles. Por ende, debería tenerse en cuenta la protección tanto del personal como de las instalaciones de salud civiles al redactar las reglas de enfrentamiento. Debería considerarse el uso de efectos no cinéticos (p. ej., la guerra electrónica y la guerra informática), que pueden incidir en el sistema de salud. Siempre que sea viable y pertinente desde el punto de vista operacional, deberían considerarse las medidas enunciadas a continuación.

## **1. MEJORAR LA COMPRENSIÓN DEL ENTORNO OPERACIONAL PARA QUE LAS REGLAS DE ENFRENTAMIENTO PUEDAN REDACTARSE DE MANERA QUE SE REDUZCA AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS DE LAS OPERACIONES MILITARES PARA LA ASISTENCIA DE SALUD**

Al planificar y redactar las reglas de enfrentamiento, debería hacerse hincapié en la protección tanto del personal como de las instalaciones de salud en la zona de operaciones. De esa manera, se contribuirá a limitar los efectos del uso de la fuerza en los servicios de salud de la población civil y se ayudará en la prestación de asistencia de salud.

- 


a. Traer personal sanitario militar, a fin de recibir asesoramiento sobre el diseño y la planificación de las reglas de enfrentamiento para la operación y el contexto específicos.
- 

b. Asegurarse de que las reglas de enfrentamiento estén en consonancia con el derecho internacional y la legislación nacional en lo referido a la protección de la asistencia de salud.
- 









c. Formar al personal que participa en el diseño y en la redacción de las reglas de enfrentamiento para intervenir en una operación y en un contexto determinados sobre la integración de medidas específicas, a fin de proteger al personal de salud y salvaguardar la continuidad de la atención y la asistencia a las personas heridas y enfermas.


## **2. INCLUIR, EN LAS REGLAS DE ENFRENTAMIENTO, MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA PROTEGER TANTO AL PERSONAL COMO A LAS INSTALACIONES DE SALUD Y SALVAGUARDAR LA CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN, CUANDO SE EMPLEE LA FUERZA EN OPERACIONES MILITARES**


Las reglas de enfrentamiento deberían redactarse de manera que protejan al personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios, incluidas las restricciones o normas sobre el uso de la fuerza que se adapten a la operación y el contexto específicos.


- 

a. Definir, en las reglas de enfrentamiento, el nivel de autoridad por el cual se permite el uso de la fuerza para proteger al personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios (p. ej., para responder a ataques ilícitos de fuerzas oponentes) y las circunstancias en que se permite.

-  b. Fijar normas, en las reglas de enfrentamiento, sobre la identificación de las zonas de seguridad en torno a las instalaciones sanitarias civiles y los servicios públicos esenciales (p. ej., electricidad, agua, logística, etc.).
-  c. Definir, en las reglas de enfrentamiento, las restricciones para el posicionamiento de las unidades de la fuerza en las proximidades de las instalaciones sanitarias.
-  d. Fijar normas, en las reglas de enfrentamiento, que permitan el uso de la fuerza para impedir la interferencia con la libertad de movimiento de los vehículos y del personal sanitario.
-  e. Fijar normas, en las reglas de enfrentamiento, que restrinjan el uso de la fuerza cuando los vehículos sanitarios se aproximen a las fuerzas.
-  f. Definir, en las reglas de enfrentamiento, las circunstancias y condiciones excepcionales en que pueden tener lugar los ataques a un objetivo militar en las proximidades de las instalaciones de salud.
-  g. Fijar normas, en las reglas de enfrentamiento, sobre los procedimientos de verificación para sitios protegidos, incluidas las instalaciones sanitarias, cuando se identifiquen y utilicen los efectos contra un objetivo militar.
-  h. Definir, en las reglas de enfrentamiento, las circunstancias excepcionales en que una instalación de salud puede perder su protección.
-  i. Definir, en las reglas de enfrentamiento, las circunstancias y condiciones excepcionales en que pueden allanarse las instalaciones sanitarias, y las circunstancias y condiciones excepcionales en que puede utilizarse la fuerza dentro de una instalación de salud.


 j. Fijar normas, en las reglas de enfrentamiento, sobre el uso de obstáculos y barreras físicos no explosivos en las proximidades de las instalaciones sanitarias para evitar que se restrinja el acceso a esas instalaciones.


 k. Brindar orientación, en las reglas de enfrentamiento, sobre la asistencia a las autoridades locales para responder a acontecimientos importantes, como los brotes de enfermedades endémicas y epidémicas y los incidentes con un gran número de víctimas. Considerar la posibilidad de aplicar restricciones operacionales, como —abstenerse de— el uso de la fuerza en las circunstancias aquí descritas.










 l. Restringir o prohibir, en las reglas de enfrentamiento, la portación de armas en instalaciones de salud. Considerar una política de no utilización de armas al ingresar en instalaciones de salud.

### **3. INCLUIR, EN LAS REGLAS DE ENFRENTAMIENTO, MEDIDAS ESPECÍFICAS PARA AYUDAR A ATENDER A LAS PERSONAS HERIDAS Y ENFERMAS DURANTE LA EJECUCIÓN DE OPERACIONES MILITARES**

Las reglas de enfrentamiento deberían incluir medidas sobre la prestación de asistencia de salud a las víctimas militares o civiles y sobre el registro de los incidentes posteriores al uso de la fuerza.

 a. Considerar la posibilidad de incluir en las reglas de enfrentamiento los requisitos para prestar asistencia a las víctimas civiles a partir de las capacidades y los medios de los servicios sanitarios militares y civiles.

 b. Incluir, en los procedimientos para la acción posterior al cese de hostilidades de las reglas de enfrentamiento, la prestación oportuna de asistencia de salud a las víctimas militares y civiles, en la medida de lo posible.

-   c. Fijar normas, en las reglas de enfrentamiento, que exijan la prestación de primeros auxilios, sin discriminación alguna, a las víctimas que recibieron disparos. Debería prestarse asistencia de salud al personal militar herido, a las tropas oponentes y a la población civil, exclusivamente a partir de una evaluación de la necesidad y del beneficio clínicos<sup>15</sup>.
-   d. Incluir, en los procedimientos de allanamiento y detención establecidos en las reglas de enfrentamiento, un requisito para evaluar la condición de salud de las personas detenidas y prestarles asistencia de salud, cuando sea necesario.
-   e. Fijar normas, en los procedimientos operativos estándar basados en las reglas de enfrentamiento, que exijan a los oficiales a cargo registrar y dar cuenta de las víctimas militares y civiles con posterioridad al uso de la fuerza. Estas normas deberían incluir declaraciones sobre las personas heridas, la fuerza utilizada y las razones.
-    f. Identificar y asignar, en los procedimientos operativos estándar y en las órdenes operacionales basadas en las reglas de enfrentamiento, las instalaciones sanitarias pertinentes para la evaluación primaria de las víctimas civiles y militares en la zona a su cargo<sup>16</sup>.

## V. PRECAUCIONES DURANTE LOS ATAQUES (OFENSIVA Y DEFENSIVA)

La ventaja militar que podría obtenerse del ataque tanto a objetivos militares situados en las proximidades de instalaciones sanitarias como a instalaciones sanitarias que perdieron su protección debería sopesarse cuidadosamente respecto de las consecuencias en el plano humanitario que podrían derivarse de los daños o la destrucción incidentales causados a esas instalaciones. Deberían adoptarse las medidas enunciadas a continuación para reducir al mínimo las consecuencias directas e indirectas de ese ataque para la prestación de servicios de asistencia de salud, siempre que sea viable y pertinente desde el punto de vista operacional.






---

15 V. [Anexo 2: Principios éticos de la asistencia de salud](#) (punto 7).






16 V. [CASEVAC](#) y [MEDEVAC](#).

## 1. PROCURAR QUE LOS ATAQUES CONTRA OBJETIVOS MILITARES UBICADOS EN LAS PROXIMIDADES DE UNA INSTALACIÓN DE SALUD Y CONTRA INSTALACIONES DE SALUD QUE PERDIERON SU PROTECCIÓN SE EFECTÚEN ÚNICAMENTE EN CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES

Un ataque cerca de una instalación de salud o contra ella, incluso contra una que perdió su protección, puede tener consecuencias importantes de segundo y tercer orden para la prestación de asistencia de salud. Esos ataques exigen una consideración y una limitación cuidadosas. Las medidas deben reconocer el carácter excepcional y los riesgos que suponen esos ataques para la asistencia de salud, que únicamente deberían sopesarse cuando son esenciales para la misión en un sentido más amplio.





-    a. Al considerar un ataque, debe sopesarse el riesgo que este supone para la prestación de asistencia de salud respecto de la misión, la intención y la situación final definidos por el comandante. Considerar los ataques cinéticos como último recurso. Considerar opciones que no sean ataques:
- contener la amenaza acordonando la zona donde está emplazada la instalación de salud en cuestión;
  - negociar un acuerdo con la contraparte combatiente para abandonar la instalación de salud o rendirse;
  - negociar un acuerdo con la contraparte combatiente para evacuar al personal sanitario y sus pacientes;
  - emplear a terceros —como las autoridades locales formales u oficiosas (p. ej., los ancianos de la comunidad)— para convencer a la contraparte combatiente de que abandone las proximidades o que se rinda.
-   b. Identificar (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) el nivel de autoridad por el cual puede tomarse la decisión de lanzar un ataque a un objetivo militar en las proximidades de una instalación de salud o a una instalación de salud que perdió su protección (p. ej., el nivel de necesidad, como lo demuestran los hechos sobre el terreno) y las circunstancias en que puede tomarse esa decisión.



-  c. Definir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) el proceso de autorización de una solicitud de ataque a un objetivo militar en las proximidades de una instalación de salud o a una instalación de salud que perdió su protección (p. ej., necesidad militar demostrada, ventaja militar concreta y directa prevista, daños incidentales previstos en la instalación de salud, etc.).
-  d. Adoptar las medidas necesarias para que el personal de mando a cargo de planificar, autorizar y ejecutar ataques, tanto a objetivos militares en las proximidades de una instalación de salud como a instalaciones de salud que perdieron su condición de protegidas, sea responsable de sus actos con arreglo a la legislación militar (p. ej., autoridad de aprobación, oficial encargado del ataque, registro y conservación de las decisiones, etc.).
-  e. Describir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) las medidas de supervisión que deberá adoptar la autoridad encargada de la aprobación (p. ej., comunicación, investigación en caso de incidente, etc.).
-  f. Describir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) los requisitos para la presentación de informes que se aplican al oficial a cargo de un ataque a un objetivo militar en las proximidades de una instalación de salud o a instalaciones de salud que perdieron su protección (p. ej., evaluación de la duración, de los daños causados por la batalla, etc.).
-  g. Nombrar un puesto de personal encargado de examinar y actualizar los aprendizajes adquiridos de la coordinación entre los militares y los prestadores de asistencia de salud y de los problemas derivados de la falta de coordinación.

## **2. MEJORAR LA COMPRENSIÓN DEL ENTORNO OPERACIONAL EN CASO DE LANZAR UN ATAQUE TANTO A UN OBJETIVO MILITAR EN LAS PROXIMIDADES DE UNA INSTALACIÓN DE SALUD COMO A UNA INSTALACIÓN DE SALUD QUE PERDIÓ SU PROTECCIÓN**

El entorno operacional debe evaluarse no solo antes de cualquier operación, sino también a intervalos regulares durante esta. De esa manera, se ayudará a procurar que las medidas destinadas a orientar la planificación y ejecución de un ataque se adapten al contexto y a limitar las consecuencias del ataque en el plano humanitario.

-  a. Identificar, mapear y actualizar periódicamente la ubicación de las instalaciones sanitarias y evaluar su importancia y capacidad para la prestación de servicios de asistencia de salud en la zona de operaciones y en sus proximidades (p. ej., mapear y evaluar las instalaciones según su tipo: hospital, clínica, centro de asistencia de salud, puesto de primeros auxilios, etc.).
  
-  b. Medir la proximidad de las instalaciones sanitarias respecto de los objetivos militares —propios y de las fuerzas oponentes— y evaluar los posibles daños directos según la munición disponible.
  
-  c. Evaluar las posibles consecuencias indirectas para la prestación de servicios de asistencia de salud derivadas de los ataques previstos a objetivos militares, como la interrupción de servicios públicos esenciales (p. ej., electricidad, agua, logística, etc.) y del acceso por parte de los pacientes y sus familias.
  
-  d. Preparar y actualizar continuamente la lista de zonas libres de ataques y con fuego restringido, en la que se identifique la ubicación de todas las instalaciones de salud, el acceso y las rutas de suministro, así como los servicios esenciales que dependen de ellos.

### **3. COORDINAR ESFUERZOS CON EL PERSONAL DE SALUD Y CON LAS AUTORIDADES PERTINENTES PARA REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS DE LOS ATAQUES TANTO A OBJETIVOS MILITARES SITUADOS EN LAS PROXIMIDADES DE UNA INSTALACIÓN DE SALUD COMO A INSTALACIONES DE SALUD QUE PERDIERON SU PROTECCIÓN**

Establecer y mantener la coordinación con los prestadores de asistencia de salud y las ONG pertinentes para apoyar la toma de decisiones relativas a los ataques a una instalación de salud o cerca de esta.



a. Participar en una plataforma de coordinación de emergencias existente, si la hubiera. En caso de no ser posible, o si no existiera esa plataforma, considerar la posibilidad de crear una.



b. Contactar a las autoridades y a los prestadores de asistencia de salud con los siguientes fines:






- comprender cabalmente la función que desempeña un centro de salud individual en el sistema de salud general y qué infraestructuras sanitarias de apoyo existen, si las hubiera;
- tener pleno conocimiento de las rutas de reabastecimiento en funcionamiento (p. ej., para el transporte de medicamentos, agua, electricidad, alimentos, etc.) y sus sistemas de respaldo;
- identificar las rutas alternativas de reabastecimiento disponibles (p. ej., para el transporte de medicamentos, agua, electricidad, alimentos, etc.).










c. Mantener informados a los prestadores de asistencia de salud sobre qué factores podrían generar o representar la pérdida de la protección a la que tienen derecho.

### **4. PLANIFICAR Y EJECUTAR UN ATAQUE A UN OBJETIVO MILITAR EN LAS PROXIMIDADES DE UNA INSTALACIÓN DE SALUD**

Antes de planificar y ejecutar un ataque directo o indirecto a un objetivo militar en las proximidades de una instalación de salud, las fuerzas armadas deberían adoptar medidas para limitar sus posibles consecuencias en el plano humanitario. Esas medidas deberían aplicarse luego durante toda la operación.

-  a. Definir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) las circunstancias y condiciones en que pueden efectuarse ataques a un objetivo militar en las proximidades de una instalación de salud.
-  b. Definir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) el proceso de aprobación para autorizar un ataque a un objetivo militar en las proximidades de una instalación de salud y la información de inteligencia afín necesaria (p. ej., necesidad militar demostrada, ventaja militar prevista, daños incidentales estimados en la instalación de salud, etc.).
-  c. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) para reducir al mínimo las consecuencias en el plano humanitario de un ataque a un objetivo militar en las proximidades de una instalación de salud (p. ej., evitar o reducir al mínimo la interrupción de los servicios), adaptada a la operación y el contexto específicos.
-  d. Elaborar un proceso de selección de objetivos militares deliberado e inmediato basado en el DIH y en el derecho de los conflictos armados e incorporar el análisis del terreno, los efectos de las armas y los vectores.
-  e. Incluir al personal sanitario militar, así como a asesores jurídicos, culturales y de género —cuando estén disponibles y proceda— a la hora de planificar, tomar decisiones y ejecutar un ataque a un objetivo militar en las proximidades de una instalación de salud, sobre todo para estimar los posibles daños causados a esa instalación.

-  f. Evaluar las consecuencias antes de ejecutar cualquier acción para comprender a las claras el alcance de los daños y de la destrucción que podría tener el ataque previsto, y cómo estos últimos podrían afectar el reabastecimiento de la instalación de salud.
-  g. Evaluar y seleccionar medidas para procurar que el grado de interrupción sea proporcional a la necesidad militar y para mitigar los efectos —directos e indirectos— en la prestación de servicios de asistencia de salud (p. ej., destrucción vs. neutralización del objetivo, munición, métodos, duración, etc.).
-  h. Preparar un plan de contingencia para hacer frente a la interrupción estimada de los servicios de asistencia de salud y restablecer la prestación plena de servicios sin dilaciones. Considerar medidas no solo para evacuar pacientes y personal de salud, sino también para que estos reciban un trato adecuado.
-  i. Dar un aviso oportuno y con suficiente antelación antes de lanzar un ataque (p. ej., mediante la comunicación con terceras partes influyentes).
-  j. Evaluar constantemente los daños causados por la batalla y procurar que el grado de interrupción sea proporcional a la necesidad militar. Interrumpir el ataque si los daños incidentales exceden la ventaja militar prevista.
-  k. Después del ataque, facilitar o aplicar medidas para restablecer rápidamente los servicios de asistencia de salud (p. ej., prestar apoyo sanitario militar a la instalación de salud civil).
-  l. Después del ataque, informar a las autoridades de la cadena de mando acerca de las consecuencias para la prestación de asistencia de salud y de las medidas correctivas facilitadas o aplicadas.



- m. Impartir instrucción, tanto durante la fase previa al despliegue como en el teatro de operaciones, para que el personal militar se familiarice con los procedimientos operativos estándar, las órdenes operacionales u otra documentación pertinente elaborada para reducir al mínimo la interrupción en el funcionamiento de una instalación de salud a la hora de ejecutar un ataque a un objetivo militar cercano y esté preparado para aplicarlos.

## 5. PLANIFICAR Y EJECUTAR UN ATAQUE A UNA INSTALACIÓN DE SALUD QUE PERDIÓ SU PROTECCIÓN

Antes de llevar a cabo un ataque a una instalación de salud, independientemente de la protección a la que tiene derecho, las fuerzas armadas deben adoptar medidas para limitar sus posibles consecuencias en el plano humanitario. Esas medidas deberían aplicarse luego durante toda la operación, siempre que sea posible:









- a. Definir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) las circunstancias y condiciones en que pueden efectuarse ataques a una instalación de salud que perdió su protección.





















- b. Definir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) el proceso de aprobación para autorizar un ataque a una instalación de salud que perdió su protección y la información de inteligencia afín necesaria (p. ej., pérdida de la protección demostrada, ventaja militar prevista, daños estimados de la instalación de salud, etc.).



- c. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) para reducir al mínimo las consecuencias en el plano humanitario de un ataque a una instalación de salud que perdió su protección (p. ej., evitar o reducir al mínimo la interrupción de los servicios), adaptada a la operación y el contexto específicos.

-  d. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre los criterios por los cuales una instalación de salud pierde su protección, así como la verificación *in situ* de la pérdida de protección.
-  e. Elaborar, en el proceso de planificación, un proceso de selección de objetivos militares deliberado e inmediato basado en el DIH y en el derecho de los conflictos armados, y que incorpore el análisis del terreno, los efectos de las armas y los vectores relativos a la intervención militar contra un objetivo sensible, como una instalación de salud que perdió su protección.
-  f. Incluir al personal sanitario militar, así como a asesores jurídicos, culturales y de género —cuando estén disponibles y proceda— a la hora de planificar, tomar decisiones y ejecutar un ataque a una instalación de salud que perdió su protección, sobre todo para estimar los posibles daños causados al centro médico, y elaborar planes de contingencia.
-  g. Evaluar las consecuencias antes de ejecutar cualquier acción para comprender el alcance de los daños y de la destrucción que podría tener el ataque previsto, y cómo estos últimos podrían afectar el reabastecimiento de la instalación de salud.
-  h. Evaluar y seleccionar medidas para procurar que el grado de interrupción sea proporcional a la necesidad militar y para mitigar los efectos en la prestación de servicios de asistencia de salud (p. ej., destrucción vs. neutralización del objetivo, munición, métodos, duración, etc.).
-  i. Preparar un plan de contingencia para hacer frente a la interrupción estimada de los servicios de asistencia de salud y restablecer la prestación plena de servicios sin dilaciones. Considerar medidas no solo para evacuar pacientes y personal de salud, sino también para que estos reciban un trato adecuado.

-    j. Cuando sea posible, dar un aviso oportuno y con suficiente antelación a las personas que se encuentran dentro de la instalación de salud (p. ej., personal de salud, pacientes, visitantes o combatientes) antes de lanzar un ataque (p. ej., mediante la comunicación con terceras partes influyentes).
-    k. Solicitar a las fuerzas oponentes que estén utilizando una instalación de salud para sus operaciones militares que abandonen el sitio. Dar avisos oportunos y con suficiente antelación a las fuerzas oponentes sobre un ataque inminente a una instalación de salud que perdió su protección. Posponer los ataques cinéticos para permitir que las fuerzas oponentes abandonen la instalación.
-    l. Evaluar constantemente los daños causados por la batalla y procurar que la interrupción sea proporcional a la necesidad militar. Interrumpir el ataque si los daños incidentales previstos exceden la ventaja militar prevista.
-   m. Facilitar o aplicar medidas rápidamente tras el ataque, para restablecer los servicios de asistencia de salud sin dilaciones (p. ej., prestar apoyo sanitario militar a la instalación de salud civil).
-    n. Interrumpir el ataque si la instalación de salud ya no cumple los criterios que dan lugar a la pérdida de la protección (p. ej., si los combatientes huyeron del lugar).
-   o. Después del ataque, informar a las autoridades de la cadena de mando acerca de las consecuencias para la prestación de asistencia de salud y de las medidas correctivas facilitadas o aplicadas.
-   p. Impartir instrucción, tanto durante la fase previa al despliegue como en el teatro de operaciones, para que el personal militar se familiarice con los procedimientos operativos estándar, las órdenes operacionales u otra documentación pertinente diseñada para reducir al mínimo la interrupción del funcionamiento de la instalación de salud y esté preparado para aplicarlos.





## VI. PROCESO DE SELECCIÓN DE OBJETIVOS Y EFECTOS DEL APOYO DE FUEGO CONJUNTO


Estas medidas complementan el eje de interés anterior sobre [Precauciones durante los ataques \(ofensiva y defensiva\)](#) y deberían leerse junto con este. Deberían aplicarse siempre que sea viable y pertinente desde el punto de vista operacional.

### 1. PLANIFICAR Y EJECUTAR LA SELECCIÓN DE OBJETIVOS AIRE-TIERRA Y OTRAS OPERACIONES DE APOYO DE FUEGO CONJUNTO<sup>17</sup>, A FIN DE REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS PARA LA ASISTENCIA DE SALUD

Al planificar y ejecutar operaciones aire-tierra y otras operaciones de apoyo de fuego conjunto contra objetivos militares situados en las proximidades de una instalación de salud o contra instalaciones de salud que perdieron su protección, debe sopesarse cuidadosamente la ventaja militar prevista respecto de las consecuencias en el plano humanitario que podrían derivarse de los daños o la destrucción incidentales causados a esas instalaciones. Las fuerzas armadas deberían adoptar las medidas enunciadas a continuación para reducir al mínimo las consecuencias directas e indirectas de estos tipos de armas para las funciones de asistencia de salud.















- 

















a. Utilizar la información de inteligencia médica cuando se planifique un ataque en las proximidades de las instalaciones de salud, a fin de confirmar los sitios e investigar las consecuencias para las instalaciones de salud, los servicios esenciales y las rutas de suministro y evacuación.
- 

b. Establecer medidas restrictivas para controlar las hostilidades en las proximidades de las instalaciones de salud, las rutas de suministro y evacuación, y los servicios esenciales.
- 

c. Dar un aviso con suficiente antelación a los prestadores de asistencia de salud que estén en las proximidades de un objetivo deliberado.


<sup>17</sup> El apoyo de fuego conjunto incluye el uso de fuego indirecto, la guerra electrónica y las capacidades cibernéticas tácticas para crear un efecto sobre un objetivo. Puede lanzarse por plataformas en tierra, aire o mar e incluir morteros, artillería, disparos navales, cohetes y misiles.

-    d. Solicitar a las fuerzas oponentes que estén utilizando una instalación de salud para sus operaciones militares que abandonen el sitio. Dar avisos oportunos y con suficiente antelación a las fuerzas oponentes sobre un ataque inminente a una instalación de salud que perdió su protección. Posponer los ataques cinéticos para permitir que las fuerzas oponentes abandonen la instalación.
-   e. Confirmar los símbolos y los distintivos visuales utilizados para identificar al personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios, a fin de que los observadores puedan tomar una decisión fundada sobre la selección de objetivos.
-     f. Solicitar a los pilotos y observadores que, antes del ataque, efectúen la identificación positiva con los controladores —incluida la verificación visual— y que proporcionen una evaluación de los daños y las víctimas inmediatamente después del ataque.
-   g. Continuar efectuando una identificación positiva del objetivo antes de atacar y de repetir el ataque. Repetir la evaluación de los daños y las víctimas entre los ataques.
-   h. Calcular continuamente la proximidad de las instalaciones de salud y las instalaciones esenciales (p. ej., electricidad, agua, logística, etc.) con respecto a un objetivo en movimiento. Ajustar la selección de armas y asegurarse de que se mantenga una distancia suficiente para reducir al mínimo los daños a las instalaciones y la interrupción de la prestación de servicios de asistencia de salud.
-  i. Evaluar continuamente la necesidad militar y la proporcionalidad del ataque al objetivo. Cancelar o posponer el ataque si la necesidad cambió.

-    j. Asegurarse de que los prestadores de asistencia de salud tengan acceso directo al mando táctico a través de una plataforma de emergencia para que puedan plantear sus inquietudes después del ataque<sup>18</sup>.
-    k. Considerar alternativas menos perjudiciales y perturbadoras que el fuego conjunto, como la ubicación de objetivos lejos de las instalaciones de salud y de las rutas de suministro y de evacuación —sobre todo en entornos urbanos—, la elección de armas u otros medios de uso de la fuerza. Considerar la posibilidad de reducir el número de ataques aéreos.
-     l. Evaluar y verificar los daños o la interrupción de la prestación de servicios de asistencia de salud posteriores a un ataque —si los hubiera— e informar a los niveles superiores de la cadena de mando acerca de los resultados, incluido el número de víctimas civiles.
-    m. Impartir instrucción y orientación a los analistas de selección de objetivos, los encargados de activar armas y otras personas que participan en el proceso de selección de objetivos sobre las consecuencias indirectas de los ataques previstos a objetivos militares para la prestación de servicios de asistencia de salud y, sobre todo, para la interrupción de los servicios esenciales (p. ej., electricidad, agua, logística, etc.) y del acceso a las instalaciones de salud por parte de los pacientes y sus familias.
-    n. Ser conscientes de los posibles efectos de los ataques no cinéticos en las instalaciones de salud —incluido el uso de las guerras electrónica e informática, que pueden afectar las comunicaciones para las operaciones de CASEVAC— y en la entrega de insumos médicos, así como de los ataques a la infraestructura que afectan los servicios esenciales.

---

18 V. las medidas de coordinación en la Sección V 3 ([Precauciones durante los ataques](#)).


-  o. Adoptar las medidas necesarias, en virtud del derecho penal militar y de las normas disciplinarias, para que todo el personal que participe en el ciclo de selección de objetivos sea responsable de los ataques aéreos que innecesaria o deliberadamente retrasen o impidan la prestación de asistencia de salud, o bien que limiten o restrinjan el acceso a esta.




## VII. CASEVAC Y MEDEVAC

Estas medidas abarcan dos procedimientos: la evacuación de víctimas (CASEVAC) o traslado de los heridos en vehículos comunes desde el sitio de la lesión —con atención médica durante la evacuación o sin ella— hasta un lugar de tratamiento alejado de la zona de combate y la evacuación médica (MEDEVAC) o traslado desde una instalación de salud hasta un establecimiento de mayor complejidad en un medio de transporte equipado médicamente. En ambos casos, puede ser necesario que, además de trasladar combatientes, las fuerzas armadas deban trasladar a personas civiles heridas o enfermas. Del mismo modo, puede ser necesaria la evacuación de los pacientes desde una instalación de salud civil hacia una militar o viceversa. Las siguientes medidas abordan esos casos y deberían considerarse siempre que sea viable y pertinente desde el punto de vista operacional:

### 1. MEJORAR LA COMPRESIÓN DEL ENTORNO OPERACIONAL PARA ATENDER A LAS VÍCTIMAS CIVILES EN UNA OPERACIÓN DE CASEVAC O DE MEDEVAC



Las fuerzas armadas deberían mapear a los prestadores de asistencia de salud, las ONG pertinentes y otras organizaciones que ayudan a evacuar a personas heridas o enfermas, tanto antes de las operaciones como a intervalos regulares durante estas, a fin de facilitar una operación de CASEVAC o de MEDEVAC.























-  a. Identificar, mapear y actualizar periódicamente la ubicación de las instalaciones sanitarias y evaluar su importancia y capacidad para la prestación de servicios de asistencia de salud en la zona de operaciones y en sus proximidades (p. ej., mapear y evaluar las instalaciones según su tipo: hospital, clínica, centro de asistencia de salud, puesto de primeros auxilios, etc.).












-  b. Identificar y actualizar periódicamente los diferentes tipos de prestadores de asistencia de salud —formales u oficiosos— que trabajan dentro de la zona de operaciones y fuera de esta y sus respectivos vehículos (p. ej., ambulancias, vehículos civiles sin distintivos, etc.).
-  c. Determinar los sistemas de identificación de vehículos oficialmente homologados o reconocidos (p. ej., tipo de vehículo, distintivos, seguimiento electrónico, etc.) y los dispositivos de identificación del personal (p. ej., identificaciones, uniformes, etc.).
-  d. Identificar y actualizar periódicamente la existencia de una plataforma de coordinación —si la hubiera— para los servicios de emergencia y evaluar su funcionamiento.

## **2. COORDINAR ESFUERZOS ENTRE EL PERSONAL SANITARIO MILITAR, LOS PRESTADORES DE ASISTENCIA DE SALUD CIVILES Y LAS AUTORIDADES PERTINENTES PARA FACILITAR LA ATENCIÓN DE VÍCTIMAS EN UNA OPERACIÓN DE MEDEVAC O DE CASEVAC**

La colaboración y coordinación con los prestadores de asistencia de salud y las ONG pertinentes ayudará a que las víctimas sean evacuadas de manera rápida y segura a centros de atención primaria adecuados y de mayor complejidad en toda la zona de operaciones. Idealmente, las fuerzas militares deberían relacionarse con los prestadores de asistencia de salud y con los representantes de las ONG a través de reuniones y ejercicios de formación antes de que surja una necesidad operacional.







-  a. Designar a un oficial de enlace encargado de supervisar los movimientos para informar periódicamente al personal sanitario militar que participa en las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC sobre las condiciones aéreas, marítimas y terrestres.
-  b. Asegurarse de que los prestadores de asistencia de salud formales estén informados de los procedimientos de CASEVAC y de MEDEVAC para las víctimas civiles.

























-    c. Asignar una frecuencia de radio específica u otro canal de comunicación para el diálogo entre el personal sanitario militar, los comandantes superiores y el personal encargado de supervisar los movimientos.
-    d. Participar en una plataforma de coordinación de emergencias existente, si la hubiera, para facilitar y coordinar las posibles operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC en las que haya víctimas civiles. En caso de no ser posible, o si no existiera esa plataforma, considerar la posibilidad de crear una.
-    e. Acordar medidas y procedimientos de coordinación con los prestadores de asistencia de salud civiles y las autoridades pertinentes. Establecer, como mínimo, los procedimientos generales que deberán seguirse en caso de realizar una operación de CASEVAC o de MEDEVAC con víctimas civiles.
-     f. Acordar una interacción o conducta adecuadas entre el personal sanitario civil y el personal militar. Abordar las inquietudes que pueda tener el personal sanitario civil relativas a las percepciones de parcialidad al interactuar con el personal militar. Asegurarse de que el personal sanitario pueda realizar su trabajo con neutralidad.
-     g. Acordar procedimientos para el registro y la entrega de archivos médicos entre el personal sanitario militar y el civil durante las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC, a fin de preservar la confidencialidad de los datos del paciente.
-      h. Establecer procedimientos claros a través de los cuales tanto autoridades como prestadores de asistencia de salud civiles puedan solicitar asistencia militar durante las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC en las que haya víctimas civiles.

-    i. Establecer procedimientos claros a través de los cuales tanto autoridades como prestadores de asistencia de salud civiles deberían informar al ejército si las víctimas de la población civil que requieren CASEVAC y MEDEVAC serán trasladadas en vehículos de asistencia sanitaria civiles.
-    j. Procurar que el personal sanitario militar participe en el traslado de las víctimas de la población civil entre los prestadores de asistencia de salud militares y civiles.
-      k. Designar un puesto a cargo de examinar y actualizar los aprendizajes adquiridos tanto de la coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de asistencia de salud como de los problemas derivados de la falta de coordinación.

### **3. PREPARAR AL PERSONAL SANITARIO MILITAR Y DE OTRO TIPO PARA EVACUAR A LAS VÍCTIMAS CIVILES COMO PARTE DE UNA OPERACIÓN DE CASEVAC O DE MEDEVAC**

Esas medidas fueron elaboradas para preparar al personal sanitario militar y de otro tipo, a fin de evacuar a las víctimas civiles y permitirán que las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC sean más eficaces, tanto dentro de la zona de operaciones como fuera de esta.





-    a. Establecer los procedimientos operativos estándar, las órdenes operacionales u otra documentación pertinente para las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC adaptados a la operación y el contexto específicos.
-    b. Identificar los medios de transporte y las rutas (p. ej., aire o carretera; civiles o militares) entre el sitio donde se produjo la lesión y las instalaciones de salud, y entre las instalaciones —civiles y militares—, de modo que pueda evacuarse a los pacientes tanto de la población civil como del ejército. Considerar las opciones de medios de transporte exclusivos para traslados sanitarios o comunes.





-    c. Considerar los requisitos en materia de documentación y planificación de rutas para los cruces fronterizos y los puestos de control en la planificación de las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC.
-     d. Desplegar suficiente personal de salud, equipo y medios de transporte militares para evacuar a las víctimas militares y civiles previstas, incluidas las de las fuerzas oponentes.
-     e. Ayudar a los prestadores de asistencia de salud civiles a evacuar a los pacientes en caso de que se planifiquen operaciones militares inminentes en las proximidades de las instalaciones de salud.
-     f. Considerar la posibilidad de organizar la asistencia humanitaria destinada a las víctimas civiles con afecciones médicas no urgentes que requieran MEDEVAC para su tratamiento fuera de la zona de operaciones.
-    g. Registrar el número de víctimas civiles evacuadas —incluir heridas o enfermedades, ubicación, etc.— e informar a la cadena de mando.
-    h. Considerar y facilitar el regreso de las víctimas civiles después de que hayan recibido tratamiento, sobre todo cuando no se disponga de otros medios de transporte.
-    i. Establecer normas sobre las excepciones para los vehículos sanitarios civiles que participan en las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC en caso de toque de queda.



#### 4. ESTABLECER NORMAS SOBRE LA CONDUCTA DEL PERSONAL MILITAR QUE PARTICIPA EN LAS OPERACIONES DE CASEVAC Y DE MEDEVAC, A FIN DE FACILITAR LA INTERACCIÓN TANTO CON EL PERSONAL DE SALUD COMO CON LAS VÍCTIMAS CIVILES

Las normas sobre la conducta del personal militar que participa en las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC deberían fijarse de antemano e incluirse en la formación previa a las operaciones. Estas normas deberían aplicarse entonces de manera coherente en el teatro de operaciones.

-  a. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre la forma en que el personal de combate debería rendir cuentas y atender a las víctimas civiles.
-  b. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre la forma en que el personal sanitario militar debería interactuar tanto con el personal de salud como con los pacientes civiles durante las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC.
-  c. Estipular (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) que las aeronaves y los vehículos designados para las operaciones de MEDEVAC solo pueden utilizarse para transportar al personal de salud, su equipo de protección personal —incluidas armas ligeras—, las víctimas civiles y el personal. Debería prohibirse el uso por parte de otro personal militar, incluidos los miembros de las fuerzas oponentes —estén armados o no— de los vehículos sanitarios designados.
-  d. Brindar orientación y desplegar fuerzas o recursos suficientes para prestar asistencia de salud a los pacientes civiles, teniendo debidamente en cuenta los aspectos culturales a nivel local y de género (p. ej., intérpretes, proporción de hombres y mujeres en el personal de salud, etc.).









-  e. Brindar orientación sobre las precauciones que el personal sanitario militar y civil, los pacientes y el personal no médico deberían tener para cumplir con las directrices de salud y seguridad durante las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC.
-  f. Brindar orientación, cuando las circunstancias así lo exijan, sobre las precauciones que el personal sanitario militar y civil, los pacientes y el personal no médico deberían tener para protegerse de las enfermedades infecciosas durante las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC.
-  g. Impartir instrucción, durante la fase previa al despliegue y en el teatro de operaciones, dirigida al personal militar —incluido el personal sanitario militar— que pueda desempeñar un papel en las operaciones de CASEVAC, como los médicos sobre el terreno y los combatientes entrenados para actuar en carácter de equipo de respuesta inicial. La formación adecuada permitirá que ese personal esté familiarizado con los principios éticos de la asistencia de salud y la protección de las víctimas civiles. Debería prestarse asistencia de salud al personal militar herido, a las tropas oponentes y a la población civil, exclusivamente a partir de una evaluación de la necesidad y del beneficio clínicos<sup>19</sup>.
-  h. Impartir instrucción y realizar ejercicios a partir de las operaciones de CASEVAC y de MEDEVAC en las que haya víctimas civiles, de conformidad con la orientación disponible, según lo sugerido previamente.









## VIII. PUESTOS DE CONTROL

Las fuerzas armadas pueden tener que establecer puestos de control para supervisar el movimiento dentro de un territorio. Esos puestos generan retrasos en todos los vehículos, incluidos aquellos que evacúan a personas heridas o enfermas, ya sea de manera formal (p. ej., vehículos que estén autorizados por el Estado u otras autoridades competentes y que sean identificables como tales) u oficiosa (p. ej., cualquier vehículo que transporte a personas heridas o enfermas durante una emergencia). Es preciso alcanzar un equilibrio entre los requisitos de seguridad y la necesidad de que los pacientes accedan a las instalaciones de salud sin dilaciones. Deberían adoptarse las cuatro series de medidas enunciadas a continuación, a fin de reducir al mínimo las consecuencias negativas del registro de los vehículos de evacuación médica siempre que sea viable y pertinente desde el punto de vista operacional.

### 1. MEJORAR LA COMPRENSIÓN DEL ENTORNO OPERACIONAL PARA REDUCIR AL MÍNIMO LAS DEMORAS EN LA EVACUACIÓN MÉDICA EN LOS PUESTOS DE CONTROL













Las fuerzas armadas deberían mapear a los prestadores de asistencia de salud, las ONG pertinentes y otras organizaciones que participen en las evacuaciones médicas tanto antes de las operaciones como a intervalos regulares durante estas. De esa manera, se ayudará a procurar que las medidas tendientes a reducir al mínimo las demoras se adapten al contexto y a limitar las consecuencias de esas demoras en el plano humanitario.




























-     a. Identificar, mapear y actualizar periódicamente la ubicación de las instalaciones sanitarias y evaluar su importancia y capacidad para la prestación de servicios de asistencia de salud en la zona de operaciones y en sus proximidades (p. ej., mapear y evaluar las instalaciones según su tipo: hospital, clínica, centro de asistencia de salud, puesto de primeros auxilios, etc.).
  
-     b. Identificar y actualizar periódicamente los diferentes tipos de prestadores de asistencia de salud —formales u oficiosos— que trabajan dentro de la zona de operaciones y fuera de esta y sus respectivos vehículos (p. ej., ambulancias, vehículos civiles sin distintivos, etc.).

-     c. Determinar los sistemas de identificación de vehículos oficialmente homologados o reconocidos (p. ej., tipo de vehículo, distintivos, seguimiento electrónico, etc.) y los dispositivos de identificación del personal (p. ej., identificaciones, uniformes, etc.).
-     d. Identificar y actualizar periódicamente la existencia de una plataforma de coordinación —si la hubiera— para los servicios de emergencia y evaluar su funcionamiento.

## **2. COORDINAR ESFUERZOS CON LOS PROFESIONALES DE LA SALUD Y LAS AUTORIDADES PERTINENTES A CARGO DE LA EVACUACIÓN DE LAS PERSONAS HERIDAS Y ENFERMAS PARA REDUCIR AL MÍNIMO LAS DEMORAS EN LA EVACUACIÓN MÉDICA EN LOS PUESTOS DE CONTROL**















Las fuerzas armadas deberían coordinar esfuerzos con los prestadores de asistencia de salud, las ONG pertinentes y otras organizaciones que participan en las evacuaciones médicas dentro de la zona de operaciones y fuera de esta. Esa coordinación debería establecerse antes de las operaciones y mantenerse durante todo el transcurso de estas. Los dirigentes de las comunidades locales y otras autoridades pertinentes deberían participar en estas tareas de coordinación, ya que otras partes pueden intervenir en la evacuación de las personas heridas y enfermas, más allá de los vehículos y el personal de atención de salud formales.
















-     a. Participar en una plataforma de coordinación de emergencias existente, si la hubiera. En caso de no ser posible, o si no existiera esa plataforma, considerar la posibilidad de crear una.
-     b. Acordar medidas y procedimientos de coordinación con prestadores de asistencia de salud y autoridades pertinentes, como mínimo. De ser posible, hacer lo mismo con las fuerzas oponentes.
-     c. Designar un oficial de enlace encargado de supervisar los movimientos terrestres para informar periódicamente a los prestadores de asistencia de salud sobre las condiciones de las carreteras.

-    d. Asignar una frecuencia de radio específica u otro canal de comunicación para el diálogo entre el personal de salud y el ejército, y entre los distintos puestos de control.
-     e. Acordar los medios de identificación utilizados por el personal de salud, la forma en que se exhibirá dicha identificación al llegar a los puestos de control y los distintivos (p. ej., emblemas, matrícula del vehículo, etc.), otros medios visuales (p. ej., luz azul, banderas, otras luces, etc.) o cualquier otro medio de identificación (p. ej., sirena, etc.) utilizado para los vehículos de asistencia sanitaria.
-     f. Acordar una interacción o conducta adecuadas entre el personal de salud y militar. Abordar las inquietudes que pueda tener el personal sanitario civil relativas a las percepciones de parcialidad al interactuar con el personal militar. Asegurarse de que el personal sanitario pueda hacer su trabajo con neutralidad.
-     g. Establecer procedimientos claros para informar a las fuerzas armadas acerca del personal y de los vehículos sanitarios (p. ej., matrícula del vehículo, tarjetas de identificación, fechas, rutas, etc.) que participan en los traslados previstos.
-     h. Establecer procedimientos claros para informar a las fuerzas armadas acerca del personal y de los vehículos sanitarios que participan en los traslados de emergencia.
-     i. Designar un puesto a cargo de examinar y actualizar los aprendizajes adquiridos tanto de la coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de asistencia de salud como de los problemas derivados de la falta de coordinación.
-     j. Acordar un cronograma regular para los itinerarios rutinarios de los vehículos sanitarios, a fin de evitar los momentos de mayor afluencia en los puestos de control (p. ej., para los pacientes que requieren diálisis).

### 3. PRIORIZAR EL PASO POR LOS PUESTOS DE CONTROL PARA REDUCIR AL MÍNIMO LAS DEMORAS EN LA EVACUACIÓN MÉDICA


Las medidas para regular los puestos de control deberían decidirse de antemano e incluirse en la formación previa a las operaciones. Esas medidas deberían aplicarse luego de manera coherente en el teatro de operaciones, a fin de limitar las posibles consecuencias de las demoras en el plano humanitario.


-   a. Establecer, en los puestos de control, procedimientos de conducta específicos para el contexto operacional, a fin de reducir al mínimo las demoras. Incluirlos en los procedimientos operativos estándar, las órdenes operacionales u otra documentación pertinente e impartir instrucción al personal.
-   b. Establecer un carril rápido, si procede según las circunstancias (p. ej., consideraciones de seguridad, topografía, distancias y hora del día, carga de trabajo en el puesto de control, etc.).
-   c. Identificar de manera clara el carril rápido, si lo hubiera, con suficiente antelación al puesto de control para que los vehículos de asistencia de salud no deban hacer fila.
-   d. Cuando no sea posible establecer un carril rápido, indicar de manera clara, según proceda, que se permite a los vehículos de asistencia de salud adelantarse en la fila y que se les da prioridad de paso.
-    e. Asegurarse de que se informe rápidamente a los respectivos puestos de control acerca de la llegada inminente de los vehículos de asistencia de salud formales.
-    f. Asegurarse de que los puestos de control se comuniquen entre sí de manera que puedan avisarse mutuamente del paso de los vehículos de asistencia sanitaria.


-   g. Establecer un sistema de notificación y hacer que los jefes de los puestos de control lo actualicen constantemente para efectuar un seguimiento de los incidentes que involucren a militares y a prestadores de asistencia de salud o sus vehículos.
-     h. Desplegar fuerzas o recursos suficientes para que los puestos de control funcionen con eficacia (p. ej., para priorizar los vehículos de asistencia de salud).
-    i. Instruir al personal de los puestos de control para que la verificación de identificación del personal de salud y los vehículos formales dure lo menos posible.
-    j. Instruir al personal de los puestos de control para dar prioridad de paso a los vehículos de asistencia de salud no formales o no notificados (p. ej., traslado de familiar herido en un vehículo particular).
-    k. Impartir formación, tanto durante la fase previa al despliegue como en el teatro de operaciones, para que el personal militar, que probablemente desempeñará funciones de vigilancia en los puestos de control, pueda implementar procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales o las disposiciones establecidas en otra documentación pertinente que posibiliten el paso prioritario de los vehículos de asistencia de salud. Diseñar esa formación de acuerdo con las características específicas de la misión y aprovechar los aprendizajes adquiridos.


#### 4. REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS PARA LAS EVACUACIONES MÉDICAS CUANDO SE DENEGUE EL PASO POR UN PUESTO DE CONTROL POR MOTIVO DE NECESIDAD MILITAR INELUDIBLE


La denegación del paso a los vehículos de evacuación médica representa una medida extrema que puede acarrear graves consecuencias para la vida o la salud de las personas heridas o enfermas. Por lo tanto, solo debería adoptarse por motivo de necesidad militar ineludible y debería ser excepcional. Deberían adoptarse las cuatro series de medidas enunciadas a continuación, a fin de reducir al mínimo las consecuencias negativas de tal decisión y deberían mantenerse durante toda la operación.

 a. Establecer (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) el nivel de autoridad por el cual puede adoptarse la decisión de denegar el paso por los puestos de control y las circunstancias excepcionales de la denegación.

 b. Asegurarse de que los prestadores de asistencia de salud formales estén al tanto de las rutas alternativas.

 c. Asegurarse de que los prestadores de asistencia de salud oficiosos a quienes se les impide el paso en los puestos de control estén al tanto de las rutas alternativas.

 d. Establecer normas sobre las excepciones para las evacuaciones médicas en caso de toque de queda.

 e. Designar un puesto a cargo de examinar y actualizar los aprendizajes adquiridos tanto de la coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de asistencia de salud como de los problemas derivados de la falta de coordinación.



## IX. OPERACIONES MILITARES EN INSTALACIONES DE SALUD

La necesidad militar puede requerir que las fuerzas armadas ejecuten operaciones en instalaciones de salud. Esas actividades operacionales podrían incluir el interrogatorio y registro de pacientes, visitantes y personal de salud, y, en ciertos casos, incluso, la detención o el arresto de personas. Ese tipo de medidas pueden afectar el funcionamiento normal de las instalaciones de salud, motivo por el cual deberían ser excepcionales y solo se las debería adoptar después de un esfuerzo conjunto para alcanzar un equilibrio entre la ventaja militar prevista y las consecuencias en el plano humanitario. Deberían adoptarse las cuatro series de medidas enunciadas a continuación, a fin de reducir al mínimo las consecuencias de las operaciones militares para las instalaciones de salud, siempre que sea viable y pertinente desde el punto de vista operacional.

### 1. MEJORAR LA COMPRESIÓN DEL ENTORNO OPERACIONAL, A FIN DE REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS DE LAS OPERACIONES DE REGISTRO EN LAS INSTALACIONES DE SALUD PARA LOS PACIENTES Y EL PERSONAL DE SALUD



El entorno operacional debería ser supervisado y evaluado durante la planificación y la ejecución de la operación militar. Deberían considerarse cuidadosamente los cambios en el entorno que puedan afectar la seguridad de los pacientes y del personal de salud.



a. Incluir al personal sanitario militar, así como a asesores jurídicos, culturales y de género —si están disponibles— a la hora de planificar, tomar decisiones y ejecutar operaciones de registro en instalaciones de salud.









b. Evitar, en la medida de lo posible, potenciales afrentas a sensibilidades en la planificación y ejecución de una operación de registro en una instalación de salud específica (p. ej., al entrevistar al personal y a los pacientes, al atravesar las salas específicas para cada sexo o al ingresar en ellas). Esto puede incluir aspectos relativos a la religión, el género y la cultura local.

-  c. Elegir el momento más apropiado para las operaciones de registro (p. ej., operaciones diurnas o nocturnas).
-  d. Incluir a las personas a cargo en materia de prensa e información a la hora de planificar y ejecutar las operaciones de registro en una instalación de salud específica para gestionar mejor la cobertura de los medios de comunicación (p. ej., mitigar las posibles consecuencias negativas tanto para la instalación de salud como para las fuerzas armadas).

## **2. COORDINAR ESFUERZOS CON EL PERSONAL DE SALUD Y CON LAS AUTORIDADES PERTINENTES, A FIN DE REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS DE LAS OPERACIONES DE REGISTRO EN LAS INSTALACIONES DE SALUD**




Antes de las operaciones, las fuerzas armadas deberían coordinar esfuerzos con los prestadores de asistencia de salud, las ONG pertinentes y otras organizaciones que prestan asistencia de salud dentro de la zona de operaciones y fuera de esta. La coordinación debería mantenerse durante las operaciones para facilitar las operaciones de registro y reducir al mínimo los posibles malos entendidos.






-  a. Participar en una plataforma de coordinación de emergencias existente, si la hubiera, para facilitar y coordinar las posibles operaciones de registro en una instalación de salud específica. En caso de no ser posible, o si no existe tal plataforma, considerar la posibilidad de crear una.
-  b. Acordar medidas y procedimientos de coordinación con los prestadores de asistencia de salud y las autoridades pertinentes. Establecer, como mínimo, los procedimientos generales que deberán seguirse en caso de realizar una operación de registro (p. ej., duración, aviso apropiado, etc.).
-  c. Definir los requisitos de notificación y enlace o consulta con las autoridades y prestadores de asistencia de salud.







-  d. Hacer que el personal sanitario militar trabaje con el personal sanitario civil en la preparación de posibles operaciones de registro en una instalación de salud específica.
-  e. Intercambiar y recabar información sobre la incidencia de enfermedades infecciosas y otros posibles peligros para la salud en las instalaciones de salud dentro de la zona de operaciones.
-  f. Designar un puesto a cargo de examinar y actualizar los aprendizajes adquiridos tanto de la coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de asistencia de salud como de los problemas derivados de la falta de coordinación.

### **3. ESTABLECER NORMAS SOBRE LA CONDUCTA DEL PERSONAL MILITAR DURANTE LA EJECUCIÓN DE OPERACIONES DE REGISTRO EN UNA INSTALACIÓN DE SALUD ESPECÍFICA**

Las normas para la ejecución de operaciones de registro en una instalación de salud específica deberían decidirse de antemano e incluirse en la formación previa a las operaciones. Estas normas deberían aplicarse entonces de manera coherente en el teatro de operaciones, a fin de limitar las posibles consecuencias de dichas operaciones en el plano humanitario.

-  a. Establecer procedimientos específicos para reducir al mínimo la interrupción de los servicios de asistencia de salud durante una operación de registro en una instalación de salud y realizar ejercicios sobre esos procedimientos.
-  b. Preparar una lista de verificación que el personal debería seguir durante una operación de registro en una instalación de salud específica e incluirla en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente.
-  c. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre la naturaleza y el alcance de las preguntas que pueden formularse al personal sanitario y a los pacientes.

-  d. Establecer (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) las responsabilidades éticas y jurídicas del personal de salud con respecto a los pacientes, y dejar clara la obligación jurídica de permitir que los pacientes reciban tratamiento médico sin interferencias indebidas.
-  e. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre el respeto debido a los pacientes y su privacidad (p. ej., consideraciones basadas en motivos médicos, culturales, de género, religiosos o similares).
-  f. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre la forma en que el personal sanitario militar debería interactuar con el personal de salud y los pacientes.
-  g. Definir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) las circunstancias y condiciones en que los pacientes pueden ser retirados de las instalaciones de salud (p. ej., para ser trasladados a un centro de detención), a fin de garantizar que se cumplan los requisitos jurídicos relativos a la prestación de asistencia de salud y que la toma de decisión relativa al retiro y la ejecución de esta última se realicen mediante evaluaciones médicas (p. ej., tratamiento conforme a los procedimientos operativos estándar de detención).
-  h. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre las circunstancias específicas en que se permite recabar datos biométricos de los pacientes durante las operaciones de registro y la forma en que debería llevarse a cabo.





-  i. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre los procedimientos relativos al equipo personal (p. ej., portación de armas, equipos de protección antibala, cascos, etc.) según las circunstancias imperantes<sup>20</sup>.
-  j. Brindar orientación (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre las circunstancias y condiciones en que puede utilizarse la fuerza en la instalación de salud.
-  k. Brindar orientación sobre las precauciones que deberían tomar las tropas, el personal de salud y los pacientes para cumplir las directrices de salud y seguridad, protegerse de las enfermedades infecciosas y evitar la propagación de esas enfermedades.
-  l. Abstenerse de ejecutar operaciones en zonas de aislamiento (p. ej., unidades de cuidados intensivos neonatales y de otro tipo, pabellones para pacientes inmunosuprimidos, etc.).
-  m. Desplegar fuerzas o recursos suficientes para efectuar las operaciones de registro y asegurarse de que las unidades de registro incluyan personal sanitario militar y oficiales mujeres, según proceda conforme a las circunstancias (p. ej., aspectos sociales, culturales o de género).
-  n. Impartir instrucción al personal militar —incluido el personal sanitario militar— que probablemente deba ejecutar operaciones de registro en instalaciones de salud. La formación adecuada permitirá que ese personal esté familiarizado con los procedimientos operativos estándar, las órdenes operacionales y demás documentación pertinente destinada a reducir al mínimo las interrupciones durante los registros y esté preparado para aplicarlos.











---

20 El CICR y otras organizaciones humanitarias observan las políticas de no utilización de armas en instalaciones de salud.

**4. PROCURAR QUE LAS OPERACIONES DE REGISTRO EN LAS INSTALACIONES DE SALUD Y EL RETIRO DE PACIENTES DE ESTAS ÚLTIMAS SOLO SE EFECTÚEN EN CIRCUNSTANCIAS EXCEPCIONALES, A FIN DE REDUCIR AL MÍNIMO LAS CONSECUENCIAS PARA LOS PACIENTES Y EL PERSONAL DE SALUD**

Al considerar la posibilidad de ejecutar una operación de registro en una instalación de salud o de retirar a un paciente de esta última, las fuerzas armadas deberían sopesar la ventaja militar prevista respecto de las consecuencias de tal acción en el plano humanitario. Deberían adoptar medidas para que esas decisiones solo se tomen en circunstancias excepcionales.

-  a. Considerar alternativas a las operaciones de registro militares en una instalación de salud específica (p. ej., el uso de la policía civil).
  
-  b. Establecer normas (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) sobre el nivel de autoridad por el cual puede tomarse la decisión de efectuar operaciones de registro en una instalación de salud específica y las circunstancias excepcionales para tomar esa decisión.
  
-  c. Definir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) el proceso de autorización de una solicitud para ejecutar operaciones de registro en una instalación de salud específica y qué documentación se requiere (p. ej., pruebas de la necesidad militar, la ventaja militar prevista, etc.).
  
-  d. Definir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) el nivel de autoridad por el cual un paciente puede ser retirado de una instalación de salud (p. ej., para ser transferido a un centro de detención) y las circunstancias excepcionales en las que se lo retira.

-    e. Adoptar las medidas necesarias, en virtud del derecho penal militar y de las normas disciplinarias, para que el personal de mando que participe en las decisiones y en la ejecución relativas a las operaciones de registro en instalaciones de salud no imparta órdenes para la ejecución de esas operaciones de modo que se impida o deniegue indebidamente la prestación de asistencia de salud en esas instalaciones, ni deje de adoptar las medidas viables que estén a su alcance para impedir o sancionar las operaciones efectuadas de esa manera por sus subordinados, quienes conocen —o deberían conocer— esa conducta.
-   f. Describir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) las medidas de supervisión que deberá adoptar la autoridad encargada de la aprobación (p. ej., comunicación, investigación en caso de incidente, etc.).
-   g. Describir (p. ej., en procedimientos operativos estándar, órdenes operacionales u otra documentación pertinente) los requisitos de presentación de informes aplicables al oficial encargado de la operación de registro en una instalación de salud específica (p. ej., duración, información, etc.).
-    h. Designar un puesto a cargo de examinar y actualizar los aprendizajes adquiridos tanto de la coordinación entre las fuerzas armadas y los prestadores de asistencia de salud como de los problemas derivados de la falta de coordinación.

# ANEXO 1: MARCO JURÍDICO

El derecho internacional humanitario (DIH) establece normas para la protección del acceso a la asistencia de salud en situaciones de conflicto armado. Estas normas vinculan a los Estados y a los grupos armados no estatales. En situaciones que no alcanzan el umbral de conflicto armado, solo se aplican el derecho internacional de los derechos humanos (DIDH) y la legislación nacional. En principio, el DIDH se aplica en todo momento, a menos que los Estados decidan establecer una excepción. Si bien es menos específico que el DIH, el DIDH contiene varias normas que protegen el acceso a la asistencia de salud<sup>21</sup>.

## CONFLICTOS ARMADOS INTERNACIONALES Y NO INTERNACIONALES

### LOS HERIDOS Y LOS ENFERMOS

#### *Atacar, dañar o matar*

Los heridos y los enfermos deben ser respetados en todas las circunstancias; están estrictamente prohibidos los atentados contra su vida y su persona (Convenio de Ginebra I de 1949 [CG I], art. 12; Convenio de Ginebra II de 1949 [CG II], art. 12; Convenio de Ginebra IV de 1949 [CG IV], art. 16; Protocolo adicional I de 1977 [PA I], art. 10; Protocolo adicional II de 1977 [PA II], art. 7). El homicidio intencional o el hecho de causar deliberadamente grandes sufrimientos o de atentar gravemente contra la integridad física o la salud constituyen crímenes de guerra por ser infracciones graves de los Convenios de Ginebra (CG I, art. 50; CG II, art. 51).

En algunas circunstancias, la denegación de tratamiento médico puede constituir un trato cruel o inhumano, un atentado contra la dignidad personal, especialmente un trato humillante y degradante, o incluso tortura cuando concurren los criterios necesarios.

#### *Búsqueda y recogida*

Las partes en conflictos armados deben tomar sin tardanza todas las medidas posibles para buscar y recoger a los heridos y a los enfermos. Cuando las circunstancias lo permitan, las partes deben concertar acuerdos que permitan la

---

21 El marco jurídico fue tomado de la ficha técnica del CICR *Respeto y protección de la asistencia de salud en conflictos armados y en situaciones que no están regidas por el derecho internacional humanitario*. V. <https://www.icrc.org/es/content/respetar-y-proteger-la-asistencia-de-salud-en-conflictos-armados-y-en-situaciones-que-no>. Todas las referencias a sitios web fueron consultadas el 29 de mayo de 2020.



recogida o el canje de los heridos y de los enfermos (CG I, art. 15; CG II, art. 18; PA II, art. 8; Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario (Estudio sobre DIH consuetudinario), norma 109; V. también el PA I, art. 17 sobre la función de la población civil y las sociedades de ayuda con relación a los heridos, los enfermos y los náufragos).

### ***Proteger y prestar asistencia***

Todas las partes en un conflicto armado deben proteger a los heridos y a los enfermos contra el pillaje y los malos tratos. Deben cerciorarse, asimismo, de que reciben los cuidados médicos adecuados, en la medida de lo posible y en el plazo más breve (CG I, art. 15; CG II, art. 18; CG IV, art. 16; PA II, arts. 7 y 8; Estudio sobre DIH consuetudinario, norma 111).

### ***Trato sin discriminación***

Los heridos y los enfermos deben ser tratados sin discriminación. Solo puede hacerse distinción entre ellos a causa de su estado de salud (CG I, art. 12; CG II, art. 12; PA II, art. 7(2); Estudio sobre DIH consuetudinario, norma 110).

## **PERSONAL SANITARIO**

### ***Proteger y respetar***

El personal sanitario asignado exclusivamente a tareas o fines médicos siempre debe ser respetado y protegido, a menos que cometan, al margen de sus fines humanitarios, actos perjudiciales para el enemigo (CG I, art. 24; PA I, art. 15; Estudio sobre DIH consuetudinario, norma 28). El hecho de portar armas para su defensa propia o para la protección de los heridos y enfermos a su cargo no hace cesar la protección del personal sanitario (CG I, art. 22[1]; CG II, art. 35[1]; PA I, art. 13[2][a]). Los heridos y enfermos a su cargo deben seguir recibiendo protección aun cuando haya cesado la protección del personal sanitario.

### ***Prestación de cuidados médicos***

Las partes en un conflicto armado no pueden obstaculizar la prestación de servicios de salud impidiendo el paso del personal sanitario. Tienen la obligación de facilitar el acceso a los heridos y los enfermos y de ofrecer la ayuda y protección necesarias al personal de salud (CG I, art. 15; CG II, art. 18; CG IV, art. 17; PA I, art. 15[4]).

## **PROFESIONALES DE LA SALUD**

### ***Asistencia imparcial***

Ningún profesional de la salud puede ser castigado por haber realizado actividades compatibles con la ética médica, como la prestación de atención

imparcial (PA I, art. 16[1]; PA II, art. 10[1]); V. también CG I, art. 18 sobre el papel de la población; Estudio sobre DIH consuetudinario, norma 26).

### **Ética médica**

Los profesionales de la salud, como los médicos, tienen ciertos deberes éticos que cumplir. Tales deberes están protegidos mediante diversas disposiciones del DIH. Las partes en un conflicto armado no deben obligar a los profesionales de la salud a realizar actividades que sean contrarias a la ética médica ni impedirles el cumplimiento de sus deberes éticos. Las partes tampoco pueden enjuiciar a los profesionales de la salud por actuar de conformidad con la ética médica (PA I, art. 16(1) y (2); PA II, art. 10(1) y (2); Estudio sobre DIH consuetudinario, norma 26).

Uno de los principios más importantes de la ética médica es la obligación del personal sanitario de proteger el carácter confidencial de la información obtenida en relación con el tratamiento de los pacientes. De conformidad con los Protocolos adicionales I y II a los Convenios de Ginebra, del 8 de junio de 1977, ninguna persona que ejerza una actividad médica podrá ser obligada a dar a nadie que pertenezca a una parte adversaria, o a su propia parte, salvo lo que disponga la ley de esta última parte, información alguna sobre los heridos y los enfermos que estén o hayan estado a su cargo, cuando dicha información pudiera ser perjudicial para los pacientes interesados o para sus familiares (PA I, art. 16[3]; PA II, art. 10[3] y [4]).

La Asociación Médica Mundial considera que la ética médica es la misma durante conflictos armados y en tiempo de paz<sup>22</sup>.

## **UNIDADES Y MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIOS**

### **Unidades sanitarias**

Las unidades sanitarias, como hospitales y otras infraestructuras creadas con fines de atención médica, deben ser respetadas y protegidas en todas las circunstancias. Las unidades sanitarias no pueden ser objeto de ataque ni se podrá limitar el acceso a ellas. Las partes en un conflicto armado deben adoptar medidas para proteger las unidades sanitarias contra ataques, por ejemplo,

---

22 Asociación Médica Mundial (AMM), *Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y Otras Situaciones de Violencia*, 1956 (última revisión: 2012): [https://www.med.or.jp/jma/jma\\_infoactivity/jma\\_activity/2012wma/2012\\_13e.pdf](https://www.med.or.jp/jma/jma_infoactivity/jma_activity/2012wma/2012_13e.pdf). V. también AMM, *Principios Éticos de la Atención Médica en Tiempos de Conflicto Armado y Otras Emergencias*, 2015: [https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2016/04/4245\\_002\\_ethical\\_principles\\_of\\_health\\_care-eng.pdf](https://healthcareindanger.org/wp-content/uploads/2016/04/4245_002_ethical_principles_of_health_care-eng.pdf).

cerciorándose de que no estén ubicadas en la proximidad de objetivos militares (CG I, art. 19; CG II, art. 22; CG IV, art. 18; PA I, art. 12; PA II, art. 11; Estudio sobre DIH consuetudinario, norma 28).

Las unidades sanitarias perderán la protección a la que tienen derecho si se utilizan, al margen de sus fines humanitarios, para cometer actos perjudiciales para el enemigo, como albergar a combatientes en buen estado de salud o almacenar armas o municiones. No obstante, la protección solo puede cesar después de una intimación, dando, en todos los casos oportunos, un plazo razonable, y que no haya surtido efectos (CG I, arts. 21-22; PA I, art. 13; PA II, art. 11; Estudio sobre DIH consuetudinario, norma 28).

### ***Transportes sanitarios***

Los medios de transporte que estén asignados exclusivamente al traslado de los heridos y los enfermos, del personal sanitario o de equipo o suministros médicos gozarán del mismo respeto y protección que se otorga a las unidades sanitarias. Si los medios de transporte sanitarios caen en poder de una parte adversaria, esa parte tiene la responsabilidad de asegurar la atención de los heridos y los enfermos presentes (CG I, art. 35; CG II, arts. 38-39; PA I, arts. 21-31; PA II, art. 11; Estudio sobre DIH consuetudinario, normas 29 y 119).

### ***Perfidia***

Las partes en un conflicto armado que utilicen unidades o medios de transporte sanitarios con la intención de hacer creer a las Partes adversarias que están protegidas, cuando en realidad las utilizan para lanzar ataques o llevar a cabo otros actos perjudiciales para el enemigo, cometen actos de perfidia. Si a consecuencia de esos actos de perfidia se producen lesiones o la muerte de personas pertenecientes a una parte adversaria, dichos actos constituyen crímenes de guerra (PA I, arts. 37 y 85 [3][f]; Estudio sobre DIH consuetudinario, norma 65).

## **USO DE LOS EMBLEMAS DISTINTIVOS PROTEGIDOS EN VIRTUD DE LOS CONVENIOS DE GINEBRA Y SUS PROTOCOLOS ADICIONALES**

Cuando se utilizan a título protector, los emblemas distintivos de la Institución: la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo son la manifestación visible de la protección que confieren los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales al personal y las unidades y medios de transporte sanitarios. Sin embargo, ningún emblema de este tipo confiere tal protección; es el hecho de que las personas u objetos cumplan los requisitos para ser considerados personal de salud y objetos

sanitarios, y el hecho de que desempeñen funciones médicas lo que confiere la protección (CG I, art. 38; CG II, art. 41; PA I, art. 8 [1]): PA II, art. 12; PA III de 2005 (PA III); Estudio sobre DIH consuetudinario, norma 30). En situaciones de conflicto armado, esa protección se hace extensiva al personal, las unidades y los medios de transporte militares, al personal médico de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, a las unidades y medios de transporte sanitarios que hayan sido reconocidos por el Estado y autorizados para prestar asistencia a los servicios sanitarios de las fuerzas armadas, a las unidades sanitarias civiles certificadas por el Estado y autorizadas para enarbolar el emblema y al personal sanitario en territorios ocupados. El emblema utilizado a título protector debe ser tan grande como sea necesario para garantizar su reconocimiento, de modo que un adversario pueda reconocer las unidades médicas a distancia en el campo de batalla. Las unidades y medios de transporte sanitarios también pueden utilizar señales distintivas (como señales de luz y de radio) (CG I, arts. 39-44; CG II, arts., 42-43; PA I, arts., 39-44; PA II, art. 12).

Cuando se utiliza a título indicativo, el emblema denota que una persona o un bien tienen un vínculo con una institución del Movimiento Internacional de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja. En ese caso, el emblema será de dimensiones relativamente pequeñas (CG I, art. 44).

Todo ataque contra edificios, materiales, personal, unidades y medios de transporte sanitarios que muestren los emblemas distintivos es un crimen de guerra.

### ***Uso indebido de los emblemas***

Todo uso que no sea el prescrito por el DIH se considera uso indebido (GC I, art. 53; PA I, arts. 37-38 y 85; PA II, art. 12; Estudio sobre DIH consuetudinario, norma 59). El uso péfido del emblema para proteger u ocultar a los combatientes, por ejemplo, constituye un crimen de guerra cuando a consecuencia de ello se produce la muerte o lesiones graves (PA I, art. 85; Estudio sobre DIH consuetudinario, norma 65).

## **SITUACIONES QUE NO SON CONFLICTOS ARMADOS**

De conformidad con el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados deben adoptar medidas para asegurar el derecho de toda persona a una serie de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (el derecho a la salud).

En la observación general n.º 14 del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas (observación n.º 14), se establece que el derecho a la salud incluye las obligaciones inmediatas de mantener los servicios básicos de atención primaria de la salud, el acceso a una alimentación esencial mínima, una vivienda y condiciones sanitarias básicas, y un suministro adecuado de agua potable limpia, así como la provisión de medicamentos esenciales. Estas obligaciones básicas son inderogables y exigen que los Estados respeten, protejan y aseguren el derecho a la salud.

El derecho a la atención médica está previsto también en el art. 25 de la Declaración Universal de Derechos Humanos, instrumento aceptado por la mayoría como derecho internacional consuetudinario.

El derecho de acceso a los servicios de atención de la salud también está expresado en otros varios importantes instrumentos del derecho internacional de los derechos humanos<sup>23</sup>.

## **LOS HERIDOS Y LOS ENFERMOS**

### ***Atacar, dañar o matar***

Los heridos y los enfermos tienen el derecho, como cualquier otra persona en la jurisdicción de un Estado, a no ser privados arbitrariamente de sus vidas. Esa es una obligación inderogable de los Estados en virtud del art. 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. Toda persona tiene también derecho a la seguridad personal en virtud del artículo 9 del Pacto.

El uso de la fuerza contra una persona puede estar justificado en ciertos casos que se consideran absolutamente necesarios. En los Principios básicos de las Naciones Unidas sobre el empleo de la fuerza y de armas de fuego por los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, se establecen las situaciones en las que está permitido el uso de la fuerza. Sin embargo, el uso letal de la fuerza solo se justifica como medio de protección de la vida. Debe darse una clara advertencia de la intención de hacer uso de la fuerza, con tiempo suficiente para que pueda observarse la advertencia.

---

<sup>23</sup> V. el apartado iv) del párr. e) del art. 5 de la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, de 1965; el apartado f) del párr. 1) del art. 11, el art. 12 y el apartado b) del párr. 2) del art. 14 de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, de 1979; el art. 24 de la Convención sobre los Derechos del Niño, de 1989; el art. 28, el apartado e) del art. 43 y el apartado c) del art. 45 de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares; y el art. 25 de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, de 2006.

En determinadas circunstancias, denegar tratamiento médico puede constituir trato cruel, inhumano y degradante, o tortura si concurren los criterios necesarios.

Asimismo, de conformidad con el Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, el asesinato de personas heridas o enfermas, así como otros actos inhumanos de índole semejante que causen intencionalmente grandes sufrimientos o atenten gravemente contra la integridad física o la salud mental pueden considerarse crímenes de lesa humanidad (Estatuto de Roma, art. 7[1][a] y [k]).

### ***Proteger***

Los Estados tienen la obligación de proteger a los heridos y los enfermos contra los malos tratos y de proteger asimismo el derecho que estos tienen a la salud. El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha afirmado en numerosas ocasiones que los Estados tienen la obligación, en virtud del derecho a la seguridad, de adoptar las medidas necesarias para proteger a las personas que estén sujetas a su jurisdicción, incluso protegerlas contra personas privadas. El derecho a la salud también exige que los Estados adopten todas las medidas necesarias para “proteger, dentro de su jurisdicción, a las personas contra las violaciones del derecho a la salud por terceros” (observación general n.º 14).

### ***Buscar, recoger y prestar asistencia***

De conformidad con el derecho a la salud, los Estados tienen la obligación inderogable de “asegurar el derecho de acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud” (observación general n.º 14). Cuando las personas no puedan hacer valer ese derecho por sí mismas, como podría ser el caso de los heridos y los enfermos, los Estados deben adoptar las medidas necesarias para facilitar ese acceso, que puede incluir la búsqueda y recogida de los heridos y los enfermos.

En la observación general n.º 6 del Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, se establece que el derecho a la vida, enunciado en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, también incluye la obligación de que los Estados adopten medidas positivas, con inclusión de medidas para asegurar la atención de salud, especialmente en circunstancias de grave peligro para la vida.

### ***Trato sin discriminación***

De conformidad con el párr. 2) del art. 2 y el párr. 3 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el derecho a la salud debe ejercerse sin discriminación. Los heridos y los enfermos deben tener acceso equitativo a

los servicios de atención de la salud. Esta obligación es de carácter inmediato e inderogable. En virtud del art. 4 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados pueden imponer restricciones al derecho a la salud. Sin embargo, tales restricciones deberán estar en consonancia con la ley, incluidas las normas de derechos humanos, y ser compatibles con la naturaleza de los derechos amparados por los Pactos, en aras de los objetivos legítimos perseguidos, y ser estrictamente necesarias para promover el bienestar general en una sociedad democrática (observación general n.º 14).

## **PERSONAL SANITARIO**

### ***Proteger y respetar***

El personal sanitario tiene derecho a estar protegido contra la privación arbitraria de la vida y el derecho a la seguridad en las mismas condiciones que los heridos y los enfermos.

### ***Prestación de cuidados médicos***

Los Estados no deben impedir que el personal sanitario atienda a los heridos y los enfermos. El derecho a la salud exige que “los Estados se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute del derecho a la salud” (observación general n.º 14).

La detención del personal sanitario por el hecho de prestar atención sanitaria puede equipararse a una violación de las disposiciones de protección contra el arresto y la detención arbitrarios, aun cuando se haga legalmente, de conformidad con la legislación nacional. El Comité de Derechos Humanos de las Naciones Unidas ha declarado que la inadecuación y la injusticia en la legislación pueden equipararse a arbitrariedad.

### ***Ética médica***

La resolución 37/194 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre los principios de ética médica establece que, en estas situaciones, así como en tiempos de conflicto armado, los Estados no deben castigar al personal sanitario por la realización de actividades sanitarias compatibles con la ética médica ni obligarlo a cometer actos que contravengan tales normas.

## **UNIDADES Y MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIOS**

De conformidad con el derecho a la salud, los Estados tienen la obligación inderogable de asegurar el acceso a la infraestructura de salud. En consecuencia, deberán respetar las unidades y los medios de transporte sanitarios. Los Estados

no podrán hacerlos objeto de ataques ni utilizarlos para imponer medidas de aplicación de la ley o establecer otras medidas similares. Los Estados también deberán adoptar medidas para la protección de las unidades y los medios de transporte sanitarios contra ataques o uso indebido por terceras partes.

### **USO DE LOS EMBLEMAS DISTINTIVOS PROTEGIDOS EN VIRTUD DE LOS CONVENIOS DE GINEBRA Y SUS PROTOCOLOS ADICIONALES**

En situaciones que no son conflictos armados, existen limitaciones respecto del uso del emblema. De conformidad con el párr. 1 del art. 44 del CG I, el personal, las unidades y los medios de transporte militares pueden utilizar el emblema a título protector en tiempo de paz y en situaciones de violencia que no sean conflictos armados. Las unidades y los medios de transporte sanitarios de las Sociedades Nacionales, cuya asignación para prestar servicios sanitarios en caso de conflicto armado ya haya sido determinada, podrán utilizar también el emblema a título protector, siempre y cuando hayan sido autorizados para ello por la autoridad competente. Por último, en ciertos casos, podrá autorizarse a las unidades sanitarias civiles a utilizar el emblema a título protector. Para ello, es preciso que las unidades sanitarias hayan sido reconocidas como tales por el Estado y que este permita su uso. Sin embargo, dicho uso deberá limitarse a la preparación de las unidades sanitarias para un eventual conflicto armado, por ejemplo, pintar el emblema en el tejado de un hospital.

El emblema también podrá ser utilizado a título indicativo por las ambulancias y puestos de primeros auxilios, cuando estén asignados exclusivamente a la prestación de tratamiento gratuito para los heridos y los enfermos. En ese caso, el uso debe hacerse de conformidad con la legislación nacional y con la autorización de la Sociedad Nacional.

### **MANTENIMIENTO DE LOS SISTEMAS DE ASISTENCIA DE SALUD DURANTE CONFLICTOS ARMADOS Y EN SITUACIONES QUE NO ESTÁN REGIDAS POR EL DIH**

En todas las circunstancias, en tiempos de paz o de conflicto, los Estados tienen la obligación de mantener un sistema de atención sanitaria operativo. Deben mantener los servicios básicos de atención primaria de la salud, el acceso a una alimentación esencial mínima, una vivienda y condiciones sanitarias básicas, y un suministro adecuado de agua potable limpia, así como la provisión de medicamentos esenciales, respetando al mismo tiempo los principios de no discriminación y acceso equitativo. Los Estados también deben formular y aplicar estrategias de salud pública (observación general n.º 14). Existen disposiciones semejantes en el DIH que exigen que los Estados proporcionen alimentos y



suministros médicos a la población. De conformidad con el art. 56 del CG IV, en toda la medida de sus medios, la Potencia ocupante tiene el deber de asegurar y mantener, con la cooperación de las autoridades nacionales y locales, los establecimientos y los servicios médicos y hospitalarios, así como la sanidad y la higiene públicas en el territorio ocupado, y de adoptar las medidas profilácticas y preventivas necesarias para combatir la propagación de enfermedades contagiosas y de epidemias. Aunque tanto según el DIH como el DIDH, los Estados pueden basar sus obligaciones en los recursos a su disposición, la falta de recursos no justifica la inacción. Incluso en casos de recursos muy limitados, los Estados deben adoptar programas de bajo costo destinados a los miembros más desfavorecidos y marginados de la población.

### **Socorro humanitario**

Con arreglo al DIH, desde el momento en que la población civil carece de los suministros esenciales, el Estado Parte interesado debe asegurar que se proporcione la asistencia humanitaria adecuada. Así, puede tener que autorizar el ingreso en su territorio de una organización o un Estado tercero cuyo propósito sea prestar ayuda humanitaria, o incluso debe solicitarla. Dicha obligación está circunscrita al requisito de contar con el consentimiento de la Parte receptora; no obstante, para justificar la negativa a su cumplimiento, la parte receptora debe presentar motivos incontestables. En un territorio ocupado, la Potencia ocupante no dispone de la opción de rechazo.

Todos los Estados y todas las Partes en un conflicto armado deben permitir y facilitar, a reserva de su derecho de control, el paso sin trabas por sus territorios de toda la ayuda humanitaria destinada a los habitantes necesitados. Esta obligación no se limita a las Partes en conflicto, sino que se aplica también a terceros Estados por cuyos territorios deban transitar los socorros para llegar a las poblaciones necesitadas.

De conformidad con el derecho a la salud, tienen la obligación de adoptar las medidas necesarias hasta el máximo de los recursos de que dispongan, con inclusión de las actividades de socorro humanitario disponibles.

## **MEDIDAS INTERNAS DE TIPO PRÁCTICO Y NORMATIVO**

### **DIFUSIÓN**

Con el fin de garantizar la protección del acceso a la atención de salud, los Estados deben difundir las normas del DIH y del DIDH en todos los niveles. Esa

información debe proporcionarse a los miembros de las fuerzas armadas y de los servicios de protección civil y aplicación de la ley, así como al personal de salud y a los civiles en general<sup>24</sup>. Las actividades de difusión pueden requerir la traducción de textos jurídicos.

Los Estados deberán poner asesores jurídicos a disposición de los comandantes militares y miembros de los servicios encargados de la aplicación de la ley para que los asesoren acerca de la aplicación y la enseñanza del DIH y el DIDH<sup>25</sup>.

### **USO DE LOS EMBLEMAS DISTINTIVOS PROTEGIDOS EN VIRTUD DE LOS CONVENIOS DE GINEBRA Y SUS PROTOCOLOS ADICIONALES<sup>26</sup>**

La responsabilidad por la autorización del uso de los emblemas de la cruz roja, la media luna roja y el cristal rojo, y por la supresión del uso indebido y el abuso radica en el Estado, que debe reglamentar su utilización en consonancia con las disposiciones de los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales.

En consecuencia, los Estados deben adoptar medidas internas para identificar y definir los emblemas que están reconocidos y protegidos por el Estado; determinar cuáles son las autoridades nacionales competentes para reglamentar y supervisar el uso de los emblemas; decidir qué entidades tienen derecho a utilizar el emblema, y, por último, determinar los usos para los cuales se requiere autorización.

Los Estados deben promulgar legislación nacional que prohíba y sancione en todo momento el uso no autorizado de los emblemas distintivos y sus denominaciones con fines personales o comerciales, y prohíba las imitaciones o diseños que pudieran confundirse con los emblemas.

Los Estados también deben adoptar medidas para prevenir el uso indebido de los emblemas por las fuerzas armadas.

---

24 Para más información sobre la difusión, v. la ficha técnica titulada “La obligación de difundir el derecho internacional humanitario”, preparada por el Servicio de Asesoramiento del CICR.

25 Para más información sobre los asesores jurídicos en las fuerzas armadas, v. la ficha técnica titulada “Asesores jurídicos en las fuerzas armadas”, preparada por el Servicio de Asesoramiento del CICR.

26 Para más información sobre el uso de los emblemas, v. la ficha técnica titulada “Protección de los emblemas de la Cruz Roja y la Media Luna Roja”, preparada por el Servicio de Asesoramiento del CICR.

**Personal sanitario**

En tiempo de conflicto armado, el personal sanitario debe llevar un brazal y una tarjeta de identidad provistos del emblema.

**Unidades y medios de transporte sanitarios**

En tiempos de conflicto armado, las partes deben utilizar el emblema para dar a conocer sus unidades y medios de transporte sanitarios de tierra, mar y aire.

**REPRESIÓN DE VIOLACIONES<sup>27</sup>**

Deben tomarse medidas de aplicación en el plano nacional para asegurar un sistema eficaz de responsabilidad penal personal y la represión efectiva de crímenes contra los heridos y los enfermos, el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios.

De conformidad con el art. 2 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, los Estados tienen la obligación de promulgar legislación para hacer efectivos los derechos reconocidos en el Pacto y ofrecer indemnización eficaz. Para ello, podría ser necesario que los Estados impusieran sanciones penales en caso de determinadas violaciones, como la tortura.

**OTRAS MEDIDAS<sup>28</sup>**

Las partes en un conflicto armado deben hacer todo lo posible para cerciorarse de que los objetivos que han de atacar no sean personas civiles ni bienes de carácter civil, y no gocen de una protección especial (como el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios), sino que son objetivos militares.

Al dirigir ataques contra objetivos militares y elegir los métodos y medios de combate, las partes en un conflicto armado deben tomar todas las precauciones factibles para evitar, o reducir en todo caso a un mínimo, el peligro para el personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios.

Esto exige: elegir los métodos y medios de combate que inflijan el menor daño posible que incidentalmente pudieran ocasionar a los heridos y los enfermos y al personal sanitario, anular los ataques cuando sea evidente que incidentalmente

---

<sup>27</sup> Para más información sobre la represión de las violaciones, v. la ficha técnica titulada “Represión penal: el castigo de los crímenes de guerra”, preparada por el Servicio de Asesoramiento del CICR.

<sup>28</sup> Para más información sobre la aplicación del DIH, v. la ficha técnica titulada “Aplicación del derecho internacional humanitario: de la teoría a la práctica”, preparada por el Servicio de Asesoramiento del CICR.

podrían ocasionar lesiones o daños excesivos, o que no se trata de objetivos militares, o que disfrutan de protección especial, y dar aviso con la debida antelación de ataques que pudieran afectar a la población civil.

Asimismo, las partes en un conflicto armado deben limitar los efectos de los ataques alejando a los heridos y los enfermos, y personal, unidades y medios de transporte sanitarios de la proximidad de objetivos militares.

Al planificar la ocupación de un territorio, los Estados ocupantes deben incluir disposiciones sobre salud pública en sus procedimientos operativos estándar.

## ANEXO 2: PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA DE SALUD

Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras emergencias

*En el marco del proyecto “Asistencia de salud en peligro”, el Comité Internacional de la Cruz Roja celebró consultas con la Asociación Médica Mundial (AMM), el Comité Internacional de Medicina Militar (CIMM), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Federación Farmacéutica Internacional (FFI) con el objeto de que estas organizaciones acordaran un denominador común de los principios éticos de la asistencia de salud aplicables en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. El presente documento es resultado de esas consultas y no afecta los documentos de doctrina vigentes en cada una de esas organizaciones.*

Las organizaciones de asistencia de salud civiles y militares comparten el objetivo común de mejorar la seguridad de su personal y sus bienes, así como de prestar una asistencia médica imparcial y eficiente en conflictos armados y otras situaciones de emergencia,

invocando el principio de humanidad, conforme al cual se ha de prevenir y aliviar, en todas las circunstancias, el sufrimiento humano; y el principio de imparcialidad, en virtud del cual la asistencia de salud se debe prestar sin discriminación;

teniendo presentes las normas del derecho internacional humanitario, en particular los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales de 1977, y del derecho internacional de los derechos humanos, en particular la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948), y los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, de 1966; y

teniendo en cuenta además los principios de ética profesional adoptados por las asociaciones profesionales de asistencia de salud, entre ellos el Reglamento en Tiempo de Conflicto Armado y Otras Situaciones de Violencia de la AMM,

hacen suyos los principios éticos de la asistencia de salud enunciados a continuación:

### **Principios generales**

1. Los principios éticos de la asistencia de salud no cambian en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia, sino que son los mismos que los principios éticos de la asistencia de salud que se aplican en tiempo de paz.
2. El personal de salud deberá actuar, en todas las circunstancias, de acuerdo con las normas pertinentes del derecho internacional y nacional, con los principios éticos de la asistencia de salud y con su conciencia. Al proporcionar la mejor asistencia de salud posible, los agentes de salud deberán tener en cuenta el uso equitativo de los recursos.
3. La función primordial del personal de salud es proteger la salud física y mental de las personas y aliviar el sufrimiento. Proporcionará los cuidados necesarios con humanidad, respetando la dignidad del paciente y sin discriminación de ningún tipo, sea en tiempo de paz o en tiempo de conflicto armado u otras situaciones de emergencia.
4. Los privilegios y facilidades concedidos al personal de salud en tiempos de conflicto armado y otras emergencias no deben utilizarse nunca para fines distintos de las necesidades de asistencia de salud.
5. Cualesquiera sean los argumentos aducidos, el personal de salud jamás acepta los actos de tortura u otras formas de tratos crueles, inhumanos o degradantes en ninguna circunstancia, incluso en conflictos armados u otras situaciones de emergencia. Los agentes de salud en ningún caso deben hallarse presentes en tales actos ni participar en ellos.

### **Relaciones con los pacientes**

6. El personal de salud actúa en el mejor interés de sus pacientes y, en todos los casos posibles, con su consentimiento explícito. Si, al llevar a cabo sus tareas profesionales, los agentes de salud experimentan conflictos de lealtad, su obligación fundamental, en términos de sus principios éticos, es hacia sus pacientes.
7. En conflictos armados u otras situaciones de emergencia, el personal de salud debe prestar atención médica inmediata y dispensar los cuidados necesarios en la medida de sus posibilidades. Los agentes de salud no deben distinguir entre pacientes, excepto al tomar decisiones basadas en las necesidades clínicas y en los recursos disponibles.
8. El personal de salud respeta el derecho a la confidencialidad de los pacientes. Es ético que el personal de salud divulgue información

confidencial solo con el consentimiento del paciente o cuando existe una amenaza real e inminente de daños al paciente o a otras personas.

9. El personal de salud se esfuerza al máximo para garantizar el respeto de la intimidad de las personas heridas, enfermas y fallecidas, incluso evitando prestar servicios de asistencia de salud a los heridos y enfermos, sean civiles o militares, con fines políticos o de publicidad.

### **Protección del personal de salud**

10. El personal de salud, así como las instalaciones y transportes sanitarios, sean militares o civiles, debe ser respetados por todos. Los agentes de salud están protegidos mientras llevan a cabo sus tareas y se les debe proporcionar un entorno de trabajo tan seguro como sea posible.
11. No deberá obstaculizarse indebidamente el acceso seguro del personal de salud a los pacientes, a las instalaciones sanitarias y a los equipos médicos. Tampoco se interpondrán obstáculos indebidos al acceso de los pacientes a las instalaciones sanitarias y al personal de salud.
12. Al cumplir sus tareas y cuando tienen derecho legal a ello, el personal de salud se identifica mediante símbolos internacionalmente reconocidos como la cruz roja, la media luna roja o el cristal rojo, como manifestación visible de la protección que le confiere el derecho internacional aplicable.
13. El personal de salud en ningún caso será castigado por ejercer su labor en cumplimiento de las normas jurídicas y éticas.

### **Final**

14. Haciendo suyos estos principios éticos de la asistencia de salud, las organizaciones firmantes se comprometen a trabajar en favor de su promoción e implementación en todas las circunstancias, incluso realizando la difusión adecuada entre sus miembros.

## ANEXO 3: INICIATIVA “ASISTENCIA DE SALUD EN PELIGRO”

La iniciativa “Asistencia de salud en peligro” del CICR aspira a lograr un mundo en el que los portadores de armas, las autoridades políticas y las poblaciones de los países afectados por conflictos armados y otras situaciones de emergencia respeten la inviolabilidad de la atención médica en todo momento. Para hacer realidad su visión y alcanzar sus objetivos, el CICR colaborará con sus asociados en torno a tres ejes:

### Implementación

“Asistencia de salud en peligro” apoya la implementación de medidas y respuestas operacionales concretas y prácticas a nivel nacional y local para prevenir la violencia y proteger la asistencia de salud en conflictos armados u otras situaciones de emergencia. La iniciativa se lleva a cabo centrándose en los países donde guarda mayor relevancia para lograr el mejor resultado.

### Estrategias basadas en pruebas

Sin el conjunto de pruebas necesario, no será posible definir las estrategias adecuadas para proteger la asistencia de salud contra actos de violencia o para promover el uso de esas estrategias en la escala adecuada. Por tal motivo, el enfoque del CICR para generar datos empíricos acerca de la violencia contra la asistencia de salud y de la eficacia de las actividades para prevenir esa violencia se centrará en la asociación entre los institutos de salud pública y otros organismos de investigación pertinentes integrados en los sistemas de salud de los países afectados por conflictos armados y por otras situaciones de emergencia. Las investigaciones realizadas de esta manera a nivel local no solo permitirán que las estrategias locales de prevención se basen en una comprensión matizada de los patrones de violencia, sino que, con el tiempo, también contribuirán a crear una visión global de las tendencias.

### Influencia y formación de coaliciones




El CICR centrará sus esfuerzos de movilización en los planos nacional y subnacional, donde determinadas delegaciones crearán y fomentarán las “comunidades de interés” que reúnen a representantes de los prestadores de asistencia de salud afectados por la violencia, encargados de formular políticas de salud y otras partes interesadas que pueden contribuir al desarrollo de una solución a la violencia. Las comunidades de interés locales desempeñarán un



papel en la movilización de un conjunto más amplio de agentes gubernamentales y de la sociedad civil, ya sea generando datos empíricos o diseñando e implementando conjuntamente actividades o respuestas destinadas a proporcionar una protección más efectiva para la asistencia de salud.

El CICR ayuda a personas de todo el mundo afectadas por conflictos armados y otras situaciones de violencia, haciendo lo posible por proteger su dignidad y aliviar su sufrimiento, a menudo junto a sus asociados de la Cruz Roja y la Media Luna Roja. Además, la Institución procura prevenir el sufrimiento mediante la promoción y el fortalecimiento del derecho y de los principios humanitarios universales.

Se puede contar con el CICR a la hora de realizar actividades para salvar vidas en zonas de conflicto, trabajando mano a mano con las comunidades locales para entender y satisfacer sus necesidades. La experiencia y los conocimientos especializados de la Institución le permiten responder con rapidez, eficacia e imparcialidad.

-  [facebook.com/icrcspanol](https://www.facebook.com/icrcspanol)
-  [twitter.com/cicr\\_es](https://twitter.com/cicr_es)
-  [instagram.com/cicr\\_americas](https://www.instagram.com/cicr_americas)

Comité Internacional de la Cruz Roja  
19, avenue de la Paix  
1202 Ginebra, Suiza  
T +41 22 734 60 01  
[shop.icrc.org](https://shop.icrc.org)  
© CICR, abril de 2021

