



Trabajo Fin de Grado

La protección del personal e instalaciones sanitarias en el Derecho Internacional de los Conflictos Armados

Autor

CAC. Ricardo Cabanillas González

Director/es

Director académico: Dr. Fernando López Pérez

Director militar: Cap. D. Fausto José Cañavate Bleda

Centro Universitario de la Defensa-Academia General Militar

Año 2019

Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado tras cuatro años en los que he cursado el Grado en Ingeniería de Organización Industrial en la Academia General Militar y el Centro Universitario de la Defensa de Zaragoza. Por ello, me veo en la obligación moral de agradecer a todo aquel que me ha prestado su ayuda durante el periodo citado.

En primer lugar, me gustaría hacer especial mención a la labor realizada por mi Director Académico, el Dr. Fernando López Pérez. Sin sus amplios conocimientos sobre la materia y su inestimable ayuda e interés mostrado, no habría sido posible la realización de este proyecto.

En segundo lugar, también he de agradecer al General Auditor D. Ángel Serrano Barberán, por los conocimientos que adquirí durante su conferencia impartida en el V Ciclo de Ciudadanía y Cultura de Defensa, en colaboración con la Universidad de Córdoba.

Mi más profundo agradecimiento al Teniente Coronel Auditor D. Javier Palacios Blanco. Gracias a su gran experiencia y conocimientos sobre la materia, y su inestimable y desinteresada ayuda, he conseguido alcanzar un profundo entendimiento sobre Derecho Internacional de los Conflictos Armados, lo que me ha permitido finalizar mi proyecto.

Por la ayuda y el buen trato recibido durante mis prácticas externas, mostrar mi agradecimiento a mi Director Militar, el Capitán de Infantería D. Fausto José Cañavate Bleda, Capitán Jefe de la 1^a Compañía, del Batallón “Málaga” I/10, del Regimiento Acorazado “Córdoba” nº 10. También al Teniente de Infantería D. Arturo Hernández Pérez Tomé y el Teniente de Infantería D. Pedro Vicente Mansilla López, todos pertenecientes a la citada Compañía.

No podría olvidarme de todos los profesores, civiles y militares, que han formado parte de mi vida en estos cuatro años de estancia en la Academia General Militar y en el Centro Universitario de la Defensa. Sin ellos no habría sido posible llegar a la situación actual.

Por su gran labor desinteresada a favor de la protección de la asistencia sanitaria, y por realizar innumerable documentación sobre la materia, que me ha servido de guía para comprender el tema a desarrollar, al Comité Internacional de la Cruz Roja.

Por la información recibida y la ayuda prestada, mostrar mi agradecimiento al Instituto de Estudios sobre Conflictos y Acción Humanitaria y a la Dirección de Doctrina, Orgánica y Materiales (DIDOM) del ET.

Finalmente, y no por ello menos importante, me gustaría agradecer toda la ayuda y apoyo que me han prestado durante la realización del trabajo, durante los cuatro años de estancia en la ciudad de Zaragoza, y durante toda mi vida, a mi familia, mis amigos y, por supuesto, a mi pareja e hija, que me han ayudado a superar cualquier obstáculo que he encontrado en mi camino.

Abstract

Health facilities and personnel are critical resources in current conflicts. Since the existence of the International Law of Armed Conflict, they have had a special protection against any attack, with the purpose of improving the conditions of the wounded and sick people during armed conflicts. Because of this, they are currently granted a position of neutrality and special privileges, which the opponents can't violate.

The main problem detected after the investigation is that, since its creation to current days, this protection has often not been respected, being victim of constant indiscriminate attacks, observing how sometimes there are not sufficient and efficient means available to prevent or mitigate these attacks or punish their perpetrators, so while these attacks and the people who have committed them have ended up going unpunished. It has had a direct impact on the wounded, sick and civilian people of the societies where these conflicts have happened.

Many of the International Organizations [1] whose work is directly or indirectly related to health care, mainly the International Committee of the Red Cross, as well as the World Health Organization, have demanded and continue demanding measures at international level to avoid this type of situation or to punish these violations that, due to ignorance, or voluntarily, have happened throughout history.

After the incorporation of Spain in different international organizations, the Spanish Armed Forces have been involved in complicated situations abroad. Its actions must be subject to different national and international laws on armed conflicts. All soldiers must know, respect, and ensure that the laws signed by Spain are complied with for the fulfilment of the previously mentioned missions, by legal mandate, under penalty of punishment. But sometimes, because of the shallow knowledge of the International Law of Armed Conflicts on the part of the Armed Forces members, situations can occur where it is difficult to discern whether the law in force is being complied with or not.

Within the daily training and, especially the preparatory period before a contingent of Spanish troops is deployed abroad, all its elements should have no doubt about the rules that will regulate their performance. For this, a part of this daily training must be used to prepare them in this issue before deployment. This way, all the members of the Spanish Armed Forces, would know how to act in the different situations that may face.

This Final Degree Project has been done with the purpose of carrying out a bibliographic review of all the international regulations on the subject, through a study from its creation to current time, to try to deduce if the International Agreements and Treaties are still effective, or in the other hand, they need a profound revision or legislative reinterpretation [2][3].

With the goal of optimizing the training that, consisting on International Law of Armed Conflicts, is given to the members of the Spanish Armed Forces to achieve an improvement in health care, the possible deficiencies that might exist have been sought. This aims to provide proposals for the improvement or future lines of action in the matter to solve this problem, trying to facilitate their work and that they can fulfil the mission entrusted to them.

In addition, some improvement proposals will be prepared that, in a general way, will allow the improvement of the protection of health care wherever it is attacked, trying to solve a problem that has become a priority in armed conflicts.

For an easy understanding of the reader, the Final Degree Project has followed a logical order, from the most general to the most specific.

Initially, it has been done an introduction, where the objectives to be achieved, the scope of application, together with the regulatory regulations that directly affect the project are exposed and includes the methodology that has been followed.

Secondly, it has been done an introduction to the International Law of Armed Conflicts, from a more general perspective of International Law, since it was created, until its application in the most current conflicts. After that, the work has focused on the main subject to be developed, which is the protection of health care.

After the research work, it has been observed some deficiencies in different areas. For this reason, and with the intention to solve the problems detected, a series of improvement proposals have been made to increase the protection of health care. For that, the project has three areas of action: a legal scope, through a revision or reinterpretation of International Agreements and Treaties, as well as the creation of strong and effective national legislation; a formative field, focusing mainly on the training of the members of the Spanish Armed Forces, and on the creation of a social awareness in the societies where the current conflicts are developed; finalizing with a series of technical improvements of easy application. All this, without a doubt, can favour the increase of the health care protection.

To finish the Final Degree Project, it has been done a section of conclusions with all the lessons identified during the realization of the project.

“I consider that a wounded person is a person who is suffering, it is not an enemy against that I must fight”.

Jean Henry Dunant,
founder of the movement of the Red Cross.

Índice

Agradecimientos	i
Abstract	iii
Lista de ilustraciones	vii
Lista de tablas	vii
Lista de abreviaturas	ix
1. INTRODUCCIÓN	1
1.1. Objetivos y alcance del proyecto	1
1.2. Ámbito de aplicación	1
1.3. Marco legal	1
1.4. Metodología	2
2. EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS CONFLICTOS ARMADOS	3
2.1. Concepto	3
2.2. Creación y evolución	4
2.3. Difusión, Firma y ratificación	6
2.4. El DICA en España	7
2.5. Consecuencias de su incumplimiento	8
3. BREVE REFERENCIA A LA PROTECCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL DICA	10
3.1. Definiciones	10
3.2. Creación y evolución de la protección a la asistencia sanitaria	10
3.3. La asistencia sanitaria dentro del ET	11
4. SOLUCIÓN A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS	12
4.1. Introducción	12
4.2. La eficacia del DICA en la actualidad. Revisión y propuestas de mejora	13
4.2.1. Fortalecimiento de las legislaciones nacionales	13
4.2.2. Actualización y/o reinterpretación de las normas internacionales	13
4.2.2.1. Reconsideración del concepto de instalación sanitaria	14
4.2.2.2. Reconsideración del concepto de personal sanitario	14
4.2.3. Creación de una jurisdicción internacional con competencias plenas	14
4.2.4. Internacionalización del Código Ético de Asistencia Humanitaria	15
4.3. Formación del DICA en las FAS españolas. revisión y propuestas de mejora	15
4.3.1. Revisión situación actual	15
4.3.1.1. Situación legislativa actual	15
4.3.1.2. Medidas actuales existentes	16
4.3.2. Propuestas de mejora de la formación de las FAS	16

4.4. Mejoras para garantizar la protección de las instalaciones y el personal sanitario.	17
4.4.1. Medidas de ámbito social.....	17
4.4.1.1. Campañas de información y sensibilización.	17
4.4.1.2. Mejorar las relaciones con los diferentes actores en los conflictos armados ..	18
4.4.1.2.1. Colaboración con los Grupos Armados para implantar el DICA en su práctica operacional.	18
4.4.1.2.2. Líderes locales y religiosos, junto con medios de comunicación.....	19
4.4.2. Medidas de ámbito técnico.....	20
4.4.2.1. Mejoras para el control de los ataques producidos. Internacionalización del sistema de control de ataques del CICR.....	20
4.4.2.2. Mejoras en las instalaciones sanitarias.....	21
4.4.2.2.1. Análisis de las propuestas del CICR.	21
4.4.2.2.2. Medidas recogidas en el GPI y propuestas de mejora.....	27
4.4.2.3. Mejoras en la protección del personal sanitario	28
5. CONCLUSIONES	29
6. BIBLIOGRAFÍA.....	31
ANEXOS.....	35
ANEXO A: Modelo de encuesta realizada al personal militar de distintas escalas, tanto sanitario como no sanitario.	37
ANEXO B: Información a añadir en el Manual de Área del personal no sanitario de las FAS.	43
ANEXO C: Información a añadir en el Manual de Área del personal sanitario de las FAS... ..	47
ANEXO D: Algunos de los países firmantes de los Convenios y Protocolos Internacionales	53

Lista de ilustraciones

Ilustración 1. Clasificación del DICA dentro del Derecho Internacional	3
Ilustración 2. Orientaciones de MADOC sobre DICA.....	7
Ilustración 3. Jerarquía normativa en España.....	8
Ilustración 4. Fases del proceso de integración del DIH del CICR en los grupos armados.....	18
Ilustración 5. . Control de acceso Base española en Diwaniya (Iraq).	22
Ilustración 6. Velocidad de un arma (calibre 7,62x51mm NATO) en función de la distancia ...	22
Ilustración 7. Ejemplo de sistema multicapa.....	23
Ilustración 8. Ejemplo de torre de seguridad española construida con sacos de arena en Jablanica (Bosnia).....	23
Ilustración 9. Diferentes tamaños de Hescos comparados con la altura media de una persona. .	24
Ilustración 10. Soldados estadounidenses durante un combate en el Valle de Korengal (Afganistán), protegiéndose con Hesco Bastions.....	24
Ilustración 11. Ejemplos de muros antiexplosión y antifragmentación.	24
Ilustración 12. Red anti-granada.	25
Ilustración 13. Habitación segura.....	26
Ilustración 14. Signos distintivos de la asistencia sanitaria.....	28

Lista de tablas

<i>Tabla 1.</i> Marco legal del DICA.....	2
---	---

Lista de abreviaturas

AGNUU	Asamblea General de las Naciones Unidas
BOE	Boletín Oficial del Estado
Cap.	Capitán
CC	Código Civil Español
CE	Constitución Española de 1978
CICR	Comité Internacional de la Cruz Roja
CP	Código Penal Español
CPI	Corte Penal Internacional
CPM	Código Penal Militar
CSNUU	Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas
CUMA,s	Cuadros de Mando
CVDT	Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados
DDHH	Derechos Humanos
DICA	Derecho Internacional de los Conflictos Armados
DIH	Derecho Internacional Humanitario
Dr.	Doctor
EEUU	Estados Unidos
ET	Ejército de Tierra Español
FAS	Fuerzas Armadas
FCSE	Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado
GI, GII, GIII y GIV	Convenios de Ginebra
GPI, GPII y GPIII	Protocolos Adicionales a los Convenios de Ginebra
HCID	Health Care In Danger
HI y HII	Convenios de la Haya
HPI y HPII	Protocolos Adicionales a los Convenios de la Haya
Inf.	Infantería
LCM	Ley de la Carrera Militar
LO	Ley Orgánica
LODN	Ley Orgánica de la Defensa Nacional
LORDFAS	Ley Orgánica de Régimen Disciplinario de las Fuerzas Armadas
MADOC	Mando de Adiestramiento y Doctrina
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONU	Organización de las Naciones Unidas
PGM	Primera Guerra Mundial
POW	Prisoner of War (Prisionero de Guerra)
RD	Real Decreto
RROO	Reales Ordenanzas de las Fuerzas Armadas
SGM	Segunda Guerra Mundial
TN	Territorio Nacional
ZO	Zona de Operaciones
Tte.	Teniente

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Objetivos y alcance del proyecto

En el presente trabajo se plantean tres objetivos:

- El objetivo principal es el estudio de la eficacia de los Convenios y Protocolos de Ginebra en los actuales conflictos armados respecto a la protección de las instalaciones y personal sanitario.
- El segundo objetivo es el análisis del nivel de formación de los componentes de las Fuerzas Armadas españolas (en adelante FAS) sobre el Derecho Internacional de los Conflictos Armados (en adelante DICA).
- El tercer objetivo, concerniente a valorar y proponer mejoras, sociales y técnicas, que pueden introducirse a fin de mejorar la citada protección.

1.2. Ámbito de aplicación

Este proyecto va dirigido a todos los miembros de las FAS españolas. Especialmente a la escala de tropa y marinería, ya que tienen una formación menos profunda acerca del DICA. También se dirige a aquellos que se encuentran realizando su periodo de preparación para desplegar en Zona de Operaciones (en adelante ZO), priorizando en el personal sanitario del Ejército de Tierra (En adelante ET).

1.3. Marco legal

INTERNACIONAL	DERECHO DE LA HAYA	Convenios de la Haya de 1899 y 1907 (En adelante HI y HII). Protocolos adicionales a los Convenios de la Haya de 1954 y 1999 (En adelante HPI y HPII).
	DERECHO DE GINEBRA	Convención de Ginebra de 1864. Convención de Ginebra de 1949, por la que se aprueban los Convenios de Ginebra (I, II, III y IV) (En adelante GI, GII, GIII y GIV).
		Convenciones de Ginebra, en las que se aprueban los Protocolos Adicionales de 1977 y 2005 (I, II y III) a los Convenios de Ginebra [En adelante GPI, GPII (1977) y GPIII (2005)].
	CORTE PENAL INTERNACIONAL	Estatuto de Roma de 17 de julio de 1998 por el que se crea la Corte Penal Internacional (en adelante CPI).
	CONVENCIÓN DE VIENA	Convención de Viena sobre el Derecho de los Tratados de 23 de mayo de 1969 (En adelante CVDT).

NACIONAL (ESPAÑA)	LEGISLACIÓN ESPAÑOLA	Constitución Española de 1978 (En adelante CE).
		Código Penal (En adelante CP), regulado en la Ley Orgánica (En adelante LO) 10/1995, de 23 de noviembre, y sus diversas modificaciones.
	MINISTERIO DE DEFENSA	LO 5/2005, de 17 de noviembre, de la Defensa Nacional (En adelante LODN).
		Código Penal Militar (En adelante CPM), regulado en la LO 14/2015, de 14 de octubre.
EJÉRCITO DE TIERRA	MINISTERIO DE DEFENSA	Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la carrera militar (En adelante LCM).
		Reales Ordenanzas (en adelante RROO) de las FAS, regulado por Real Decreto (en adelante RD) 96/2009, de 6 de febrero.
	EJÉRCITO DE TIERRA	Orientación “OR7-004 ¹ (Tomos I, II y III): El Derecho de los Conflictos Armados”, elaborada por el Mando de Adiestramiento y Doctrina (en adelante MADOC)

Tabla 1. Marco legal del DICA.

Fuente: Elaboración propia

1.4. Metodología

Se ha realizado un análisis teórico y revisión de la normativa sobre DICA que abarca la protección del personal y de las instalaciones sanitarias en los conflictos armados. Así como el estudio de artículos doctrinales y otros documentos de interés, referenciados en el apartado bibliográfico.

Tras el estudio de la materia, y para determinar el conocimiento y necesidades existentes de DICA dentro de las FAS, se ha desarrollado un cuestionario (ver Anexo A) con la colaboración del Dr. Fernando López Pérez, el General Auditor D. Ángel Serrano Barberán y el Teniente Coronel auditor D. Javier Palacios Blanco. En el mismo, se han recogido los principales puntos de interés que todo miembro de las FAS debería saber sobre la materia.

Para ello se han seleccionado un total de 60 miembros del ET (30 miembros de la Escala de Tropa, 16 de la Escala de Suboficiales, 8 de la Escala de Oficiales y 6 de la Escala de Oficiales del Cuerpo General de Sanidad) de diferentes unidades y de todas las Especialidades fundamentales, con el fin de obtener una visión global de la situación actual en todo el ET y así poder desarrollar las diferentes propuestas de mejora.

La elección de los miembros del ET no ha sido de manera aleatoria, se han elegido tanto componentes que ya han sido desplegados en diferentes operaciones en el extranjero (Líbano, Afganistán, Kosovo y Bosnia), así como otros que van a ser desplegados en un corto periodo de tiempo, tanto en Letonia como en Iraq y se encuentran realizando el periodo de preparación para ser desplegados en el extranjero.

Con la intención de saber el conocimiento acerca de DICA por parte de los encuestados, las preguntas que les han sido realizadas han sido de elaboración propia, junto con el asesoramiento del Dr. Fernando López Pérez, así como el Teniente Coronel auditor Javier Palacios Blanco.

¹ Las orientaciones son documentos oficiales del ET, elaborados por el MADOC en la que se recogen las directrices que el ET determina para la correcta instrucción de sus unidades.

2. EL DERECHO INTERNACIONAL DE LOS CONFLICTOS ARMADOS

2.1. Concepto

El DICA, Derecho Internacional Humanitario (en adelante DIH), Derecho de la Guerra o Derecho Bélico, es una parte del Derecho Internacional Público que sólo se aplica en caso de conflicto armado.[4]

Antes se debe aclarar qué es un “Conflicto Armado”. Según el *artículo 2*, común a los cuatro Convenios de Ginebra de 1949: “*Un conflicto armado existe cada vez que se recurre a la fuerza armada entre Estados o hay violencia armada prolongada entre autoridades gubernamentales y grupos armados organizados, o entre tales grupos dentro de un Estado.*”^[5]

Concerniente al dicha, no existe una única definición. Centrándome en la definición del MADOC en su OR7-004, que lo define como: “*El conjunto de normas internacionales, basadas en tratados y acuerdos de origen convencional y de usos y costumbres de la guerra, destinadas a minimizar los efectos que se derivan de los conflictos armados, internacionales o no, que limitan, por razones humanitarias, el derecho de las partes en conflicto a utilizar los métodos y medios de hacer la guerra y protegen a las personas y los bienes afectados o que pueden verse afectados por el conflicto*”[6][7].

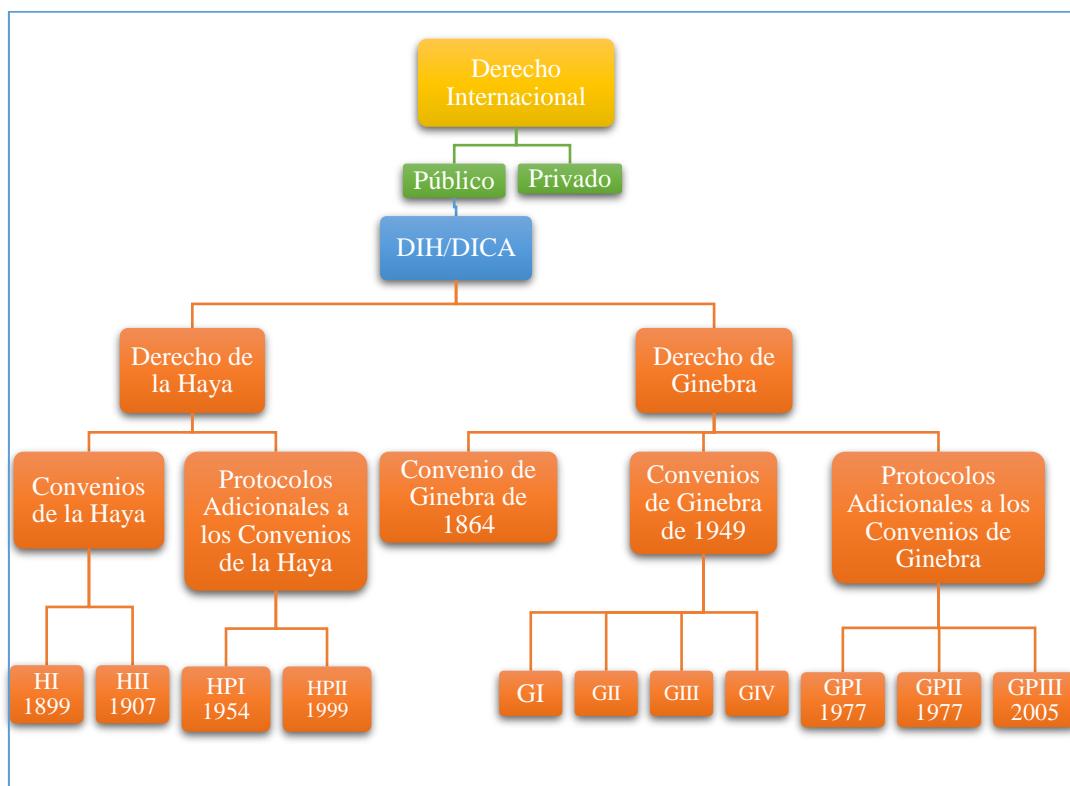


Ilustración 1. Clasificación del DICA dentro del Derecho Internacional

Fuente: Elaboración propia

2.2. Creación y evolución

El DICA nació para suplir las deficiencias de los servicios de sanidad militar durante los conflictos armados, protegiendo a los enfermos y heridos en campaña[8]. Su denominación de Derecho de la Guerra ha cambiado hasta el actual concepto de DICA [9] para adaptarse[11] a la evolución de la sociedad y los conflictos [10].

Su creación está ligada a la Cruz Roja. Su principal impulsor fue Henry Dunant quien, en su obra “Recuerdo de Solferino”[12], relata las atrocidades cometidas durante la Batalla de Solferino². La idea principal de Dunant era la creación de sociedades de voluntarios que, en colaboración con los servicios médicos militares, pretendían mejorar las condiciones de los enfermos y heridos en el campo de batalla. Esta idea fue materializada con la creación, en el año 1863, del Comité Internacional de Socorros a los Militares Heridos, rebautizado en 1876 como Comité Internacional de la Cruz Roja (en adelante CICR).[13]

La primera aproximación al DICA ya se realizó en la Convención de Ginebra de 1864 y las Convenciones de la Haya de 1899 y 1907. En ellas se regulaban situaciones de guerra entre dos partes contratantes.

El principal problema era que no contemplaban a las potencias neutrales. De igual modo sólo regulaban el concepto clásico de guerra, entre dos partes o Estados Contratantes, obviando guerras civiles o coloniales, o cualquier otro conflicto donde las partes no eran dos países.

Fueron las dos Guerras Mundiales, y en especial la segunda, las que pusieron en tela de juicio la eficacia de la normativa internacional. Estas guerras provocaron una evolución en sistemas de armas [14], medios de combate[15] y tácticas[16]. Aunque la principal novedad se dio con la población civil, que se convirtió en un objetivo militar.

El DICA como tal, nace tras la Convención de Ginebra de 1864, ampliándose con los cuatro Convenios de Ginebra de 1949 y consolidándose con los tres Protocolos Adicionales a los Convenios de Ginebra de 1977 y 2005[17][18][19]. La evolución es la siguiente:

- La Convención de Ginebra de 1864, crea el GI para “aliviar la suerte de heridos y enfermos de las FAS en campaña”. Éste fue actualizado en las Convenciones de 1906, 1929 y 1949.
- La Segunda Convención de Ginebra, de 1906, de la que surgió el GII para “aliviar la suerte de heridos, enfermos y náufragos de las FAS en el mar”. Que sería actualizada en las Convenciones de 1929 y 1949.
- La Tercera Convención de Ginebra de 1929, desarrolla el GIII relativo “al trato de los prisioneros de guerra” (en adelante POW). Siendo actualizada por la Convención de 1949.
- La Cuarta Convención de Ginebra de 1949, creó el GIV relativo a “la protección debida a las personas civiles en tiempos de guerra”. Asimismo, actualizó las GI, GII y GIII.

² La Batalla de Solferino tuvo lugar el 24 de junio de 1859 entre los ejércitos de Francia y Cerdeña contra el ejército del Imperio Austro-Húngaro, en la localidad italiana de Solferino, Lombardía.

- Finalmente, y como consolidación del DICA, se aprobaron los Protocolos Adicionales a los Convenios de Ginebra. Tienen una extensión similar a los Convenios. La intención no era sustituirlos o modificarlos, sino actualizarlos y ampliarlos. Actualmente, son estos Protocolos los referentes en DICA:
 - El GPI de 1977 habla de “la protección de las víctimas en los conflictos armados internacionales”. Éste ha sido ratificado por 174 estados (ver Anexo D).
 - El GII de 1977 habla de “la protección de las víctimas en los conflictos armados no internacionales”. Cuenta con la ratificación de 168 estados (ver Anexo D).
 - Hubo que esperar hasta el año 2005 para aprobar el GPIII, que habla “del uso del tercer emblema (Cristal Rojo)”. Fue creado porque los símbolos existentes hasta el momento (Cruz Roja y Media Luna Roja) tenían connotación religiosa y creaban conflictos. Este Protocolo fue ratificado por 73 estados (ver Anexo D).

Las principales novedades que se recogen en Ginebra respecto a todas las normas de la Haya y a las normas sobre la guerra anteriores, y que supusieron una gran evolución en el DICA son:

- Abandono del concepto clásico de “Estado de Guerra” y “declaración de guerra”, en la que dos países debían hacer una declaración formal de guerra.
- Legislación especial para la población civil que, hasta la SGM nunca se tuvo en cuenta.
- Distinción entre conflicto internacional y no internacional (guerras civiles, coloniales, etc.)[20].

Pese a que, tanto el Derecho de la Haya como el de Ginebra se refieren a los conflictos armados, existe un matiz entre ambos. Mientras el primero regula las reglas de combate IUS IN BELLO³, el otro desarrolla lo que se ha denominado como “Derecho humanitario Bélico”[21].

En mi opinión, además de la opinión de diferentes expertos que han sido consultados, como el Dr. Fernando López Pérez y el Teniente Coronel auditor D. Javier Palacios Blanco, es digno de mención que los Convenios de Ginebra de 1949 fueron ratificados por un total de 178 países (Ver Anexo D). Debido en gran parte a la situación global tras el desastre de la Segunda Guerra Mundial (en adelante SGM). Pero con el paso del tiempo, se ha observado que esta legislación ha perdido fuerza e interés, como se puede comprobar en el hecho de que el GPIII sólo ha sido firmado por 73 estados.

³ IUS IN BELLO: Terminología jurídica utilizada para definir las normas que rigen la conducta de los beligerantes durante la guerra, incluyendo no solo los derechos y obligaciones de los contendientes, sino también de los neutrales.

2.3. Difusión, Firma y ratificación

Existen artículos comunes⁴ en todos los Convenios y Protocolos Adicionales de Ginebra, disponiendo que: “*Tanto en tiempo de Paz como en período de conflicto armado, las Altas Partes contratantes incluirán el estudio de los Convenios y del Protocolo en los programas de instrucción militar y fomentarán su estudio por parte de la población civil...; los jefes militares tomarán medidas para que los miembros de las FAS bajo sus órdenes conozcan las obligaciones que les incumben*”.[22]

El artículo 82 del GPI establece también que: “*Además, las Partes en conflicto, cuidarán de que se disponga de asesores jurídicos que asesoren a los comandantes militares...*”.

Tanto la firma como la ratificación de Normas Internacionales se rigen por la CVDT, en sus artículos 10 a 18.

Existen cuatro formas para adherirse a un Tratado Internacional:

- Firma (art. 12 CVDT).
- Firma sujeta a aprobación (art. 13 CVDT).
- Ratificación (art. 14 CVDT).
- Adhesión (art. 15 CVDT).

Es el propio Tratado el que expresará los términos de aceptación (art. 10 CVDT). En el caso de los Convenios y Protocolos Adicionales de Ginebra se exige tanto firma⁵ como ratificación⁶.

Un claro ejemplo de la diferencia entre firma y ratificación se extrae del GPI de 1977. Este Protocolo, que ha sido ratificado por 174 países, cuenta con las excepciones notables de Estados Unidos⁷ (En adelante EEUU), Israel, Irán, Pakistán y Turquía. Estos países firmaron el GPI, con la intención de ratificarlo, pero aún no lo han hecho.

Pese a ello, el CICR en 1997, afirma que ambos protocolos (GPI y GII), siempre que hayan sido firmados, en aplicación del artículo 18 de la CVDT, el estado firmante está obligado a no realizar actos en contra, hasta manifestación expresa de no ser parte de éste, o hasta su ratificación, actuando siempre de buena fe.

⁴ Arts. 47 GI, 48 GII, 127 GIII, 144 GIV, 83 y 87 del GPI.

⁵ Con la firma, el Estado se compromete a adherirse al Tratado, aunque no se obliga legalmente.

⁶ La ratificación es el acto jurídico de adhesión al Tratado, ésta si obliga legalmente.

⁷ El caso concreto de Estados Unidos es por la gran extensión del estatuto de combatiente a casi cualquier individuo que porte armas, aunque no lleve signo distintivo de una de las partes.

2.4. El DICA en España

España ha firmado y ratificado todos los Convenios y Protocolos Adicionales de Ginebra (ver Anexo D), y los ha incorporado en su ordenamiento jurídico. Para poder incorporarlos en la legislación española, es necesaria su publicación en el Boletín Oficial del Estado (en adelante BOE), en base al *art. 1.5* del RD de 24 de julio de 1889, del Código Civil y al *art. 96* de la CE. Para ello, algunas normas nacionales han incorporado esta regulación[12]:

- El CP y el CPM y la LO 8/2014, de Régimen Disciplinario de las FAS (En adelante LORDFAS) recogen las penas para cualquier ciudadano, así como sanciones para personal de las FAS, respectivamente, en caso de incumplimiento.
- La LO 4/1987, de 15 de julio, de la Competencia y Organización de la Jurisdicción militar recoge qué Tribunal será el competente para sancionar a quien incumpla normas durante los conflictos armados.
- La LO 2/1989, de 13 de abril, Procesal Militar, que establece el proceso que seguirán las sanciones recogidas en el CPM.
- LODN.
- En las RROO se recogen las obligaciones de los miembros de las FAS durante los conflictos armados.
- Dentro del ET, la publicación principal sobre DICA es la “OR7-004: Orientaciones. El Derecho de los Conflictos Armados Tomos I, II y III” del MADOC.



Ilustración 2. Orientaciones de MADOC sobre DICA

Fuente: OR7-004

Tal es la importancia que España le ha dado a la legislación internacional, donde se encuadran los Convenios de Ginebra, que sólo la norma suprema del ordenamiento jurídico español está por encima en la jerarquía normativa.



Ilustración 3. Jerarquía normativa en España

Fuente: Elaboración propia

2.5. Consecuencias de su incumplimiento

En 1998 se creó la Corte Penal Internacional⁸[23] como mecanismo internacional sancionador de carácter permanente, para juzgar:

- Crímenes de lesa humanidad.
- Genocidio.
- Crímenes de guerra.
- Crímenes de agresión.
- Cualquier otro a instancia del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (En adelante CSNNUU).

Este tribunal cuenta con 2 obstáculos para aplicar su jurisdicción:

- Los delitos han debido ser cometidos con fecha posterior a su creación.
- Que el Estado de la nacionalidad del infractor haya firmado y ratificado el Estatuto de Roma.

⁸ Corte Penal Internacional, con sede en La Haya, fue creada por la Organización de las Naciones Unidas (en adelante ONU) el 17 de julio de 1998 mediante el Estatuto de Roma, entró en vigor el 1 de julio de 2002. Es un organismo internacional independiente que no forma parte de la estructura de la ONU.

<http://www.exteriores.gob.es/Portal/es/PoliticaExteriorCooperacion/NacionesUnidas/Paginas/CortePenalInternacional.aspx> [Consultada el 23/10/2018].

Las consecuencias de su incumplimiento afectan en diversos ámbitos de actuación:

- Responsabilidad internacional individual y estatal:
 - Se puede procesar a una persona a título individual [26].
 - Los crímenes de guerra son declarados imprescriptibles por la Resolución 2391 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (en adelante AGNUU), de 26 de noviembre de 1968.
 - Con carácter subsidiario y/o solidario a la responsabilidad individual, existe la responsabilidad del Estado, obligado a reparar cualquier daño por un acto cometido por los miembros de sus FAS.
- La competencia de la CPI es subsidiaria. La represión de las infracciones en materia de Derecho Internacional será responsabilidad de los Tribunales internos de cada país, pudiendo ser juzgados en los países donde la persona es detenida, aunque haya cometido el delito en otro país diferente.
- Represalias durante los conflictos armados como medida de autotutela de los beligerantes por violaciones cometidas por la parte contraria. En tiempos de paz, están totalmente prohibidas.

El problema que ocasiona al ser un órgano subsidiario es que algunos países no reconocen su jurisdicción. Cabe destacar el caso de EEUU que, en 2002⁹, anunció que retiraría definitivamente su firma de la CPI y no facilitaría información alguna al citado tribunal. Los motivos alegados fueron que “*se erige en fundamentos defectuosos y que puede ser manipulada y utilizada para procesos de motivación políticos*”. Por este motivo se negó rotundamente a que cualquier ciudadano estadounidense sea juzgado por otra jurisdicción que no sea la norteamericana. Aunque sí mostró su apoyo a la creación de Tribunales Ad Hoc¹⁰. Todo ello sin perjuicio de que, si algún acusado de crímenes de guerra, que no sea estadounidense, se refugia en su país, sea expulsado de inmediato hacia países donde puedan ser entregados a la CPI para su enjuiciamiento.

España ha ido más allá de la mera adhesión al Estatuto de Roma. Para ello ha promulgado la LO 18/2003, de 10 de diciembre, de cooperación con la Corte Penal Internacional para “*regular las relaciones de cooperación entre España y la Corte Penal Internacional ...*”.

⁹ https://elpais.com/diario/2002/05/08/internacional/1020808814_850215.html [Consultada el 23/10/2018].

¹⁰ Los Tribunales Ad hoc son establecidos por el CSNUU para juzgar crímenes cometidos en conflictos específicos, cuyas competencias están restringidas a un periodo de tiempo y lugar determinados. (ex Yugoslavia (1993) [24] y Ruanda (1994)[25]<http://www.dicc.hegoa.ehu.es/listar/mostrar/219> [Consultada el 23/10/2018].

3. BREVE REFERENCIA A LA PROTECCIÓN DE LA ASISTENCIA SANITARIA EN EL DICA.

3.1. Definiciones.

Se definirán en primer lugar los términos de personal sanitario e instalación sanitaria, recogidos en el *artículo 8 GPI*:

- **Personal sanitario** (*art. 8.c GPI*): “*Toda persona destinada con carácter temporal o permanente, por una parte, en conflicto a un fin sanitario... o a la administración y funcionamiento de Unidades y Transportes sanitarios. Comprende al personal sanitario militar o civil, miembros de organismos de protección civil, al de Cruz Roja u otras organizaciones de socorro reconocidas y autorizadas y al de Unidades y Transportes sanitarios*”.
- Aquellos combatientes instruidos como camilleros o enfermeros que pueden dedicarse a realizar labores sanitarias circunstancialmente no tienen el estatuto protector del personal sanitario, pero serán respetados de la misma manera mientras cumplan las labores sanitarias.
- **Unidades Sanitarias** (*art. 8.e GPI*): “*Los establecimientos y otras formaciones, militares o civiles, organizados con fines sanitarios... comprende, entre otros, los hospitales y otras unidades similares...los centros e institutos de medicina preventiva y los depósitos de material sanitario, así como los almacenes de material sanitario... Las unidades sanitarias pueden ser fijas o móviles, permanentes o temporales*”.

3.2. Creación y evolución de la protección a la asistencia sanitaria.

[17]

Antes de la Convención de Ginebra de 1864, el personal sanitario militar era un combatiente más, sin protección especial. La protección de la asistencia sanitaria civil ni siquiera se contemplaba.

A partir de la GI de 1864, el personal sanitario militar recibe especial protección, pero sólo en conflictos terrestres. Ampliándose la protección a conflictos navales en 1899.

Llegada la GII en 1906, se introduce el concepto de no ataque y respeto al personal sanitario militar, y se amplía la protección a las Sociedades de Socorro.

Posteriormente, con la GIV de 1949, se prohíbe su captura y/o retención, excepto para la atención de heridos y enfermos. También se extendió la protección al personal sanitario civil.

Finalmente, en el año 1977, el GPI y GPII extienden la protección a organismos de protección civil y le quita la consideración de combatiente al personal sanitario de las FAS.

3.3. La asistencia sanitaria dentro del ET.

El órgano encargado de la instrucción y el adiestramiento de todo el personal del ET es el MADOC. Éste ha desarrollado la orientación “OR7-004”, estructurándola de la siguiente manera:

- El tomo I se compone de once capítulos, donde se recoge todo lo relacionado con el DICA, destacando en particular los siguientes:
 - El Capítulo 9 recopila todo lo relacionado con los aspectos sanitarios durante los conflictos armados.
 - El Capítulo 10 habla de la difusión del DICA dentro de las unidades del ET.
 - El Capítulo 11 desarrolla el sistema para hacer cumplir los Convenios y Protocolos Internacionales.
 - En el Anexo A de la OR7-004 se encuentra la obligación que impone el GPI de que los estados intervenientes, de manera directa o indirecta, deben disponer de asesores jurídicos que los guíen en la toma de decisiones.
 - El Apéndice III recopila los signos distintivos (tarjetas de identidad, signos y señales).
- El Tomo II contiene toda la legislación internacional relativa al uso de la fuerza, conducción de las hostilidades y la neutralidad en los conflictos.
- El Tomo III recopila la legislación vigente en materia de protección de víctimas, responsabilidades y la legislación española que recopila los Convenios Internacionales.

4. SOLUCIÓN A LOS OBJETIVOS PLANTEADOS.

4.1. Introducción.

Hasta el momento se ha expuesto la extensa regulación existente a nivel internacional del DICA, de la responsabilidad por su incumplimiento y de la protección específica que se da al personal y a las instalaciones sanitarias. También se ha visto como en la legislación española (civil y militar), tales postulados son asumidos plenamente. Y lo mismo puede decirse de los países de nuestro entorno europeo y occidental.

Sin embargo, muchas organizaciones internacionales llevan años reclamando mejoras en la protección de la asistencia sanitaria. En concreto, el CICR [27], afirma que las normas de Ginebra han perdido su eficacia por no haber sido actualizadas a la par que la sociedad y los conflictos. Con la intención de crear una base para proponer medidas de mejora de la asistencia sanitaria, ha elaborado un documento[28] en el que recoge su estrategia a seguir hasta el año 2022 con la intención de que sirva como base para tomar medidas de mejora.

Durante el año 2018, se han registrado más de 450¹¹ ataques confirmados contra la asistencia sanitaria. Convirtiéndose en un objetivo prioritario para los grupos terroristas que, además, usan las instalaciones sanitarias de manera ilícita.

Por otro lado, desde el 2011, existe una iniciativa por parte del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, denominada “Health Care in Danger”, con la intención de elaborar propuestas de mejora en la materia e intentar involucrar al máximo de organizaciones y estados posibles. Fue aprobada por unanimidad en diciembre de 2015 en la XXXII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, en la que participó España y la Cruz Roja Española.

El CICR, el Comité Internacional de Medicina Militar y la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), suscribieron un acuerdo en 2015. La intención era que las FAS de los Estados procedieran a “revisar sus ROE,s¹² y las prácticas y procedimientos operacionales” a fin de garantizar la protección de la prestación de la asistencia de salud, y que el personal militar reciba la debida formación al respecto.

El término violencia contra la asistencia sanitaria no solo comprende los ataques directos, sino también los indirectos (privación o sabotajes de suministros de agua y electricidad).

Los ataques contra la asistencia sanitaria no sólo afectan al personal sanitario, sino que crean una desprotección para los heridos y enfermos. Muchos de los fallecimientos durante un conflicto armado son provocados por la dificultad en la prestación de la asistencia sanitaria.

¹¹ Datos del Sistema de Vigilancia para Ataques en la Salud (En adelante SSA) del CICR. [Consultado el 27/09/2018].

¹² Las Reglas de enfrentamiento o Rules of Engagement (en adelante ROE,s) son directivas dirigidas a las fuerzas militares n las que se definen las circunstancias, las condiciones, el grado y manera en las que la fuerza, o acciones que pudieran ser interpretadas como provocativas, pueden o no, ser aplicadas[60].

Por todo ello, tras el estudio realizado sobre la creación, evolución y situación actual sobre el DICA, analizaré y elaboraré una serie de propuestas para intentar mejorar la protección sanitaria sobre las medidas ya existentes, todo ello en concordancia con los objetivos planteados. Para un mejor análisis los dividiremos en tres bloques:

- La eficacia del DICA en la actualidad. Revisión y propuestas de mejora (ver apartado 4.2).
- Formación del DICA en las FAS. Revisión y propuestas de mejora (ver apartado 4.3).
- Mejoras para garantizar la protección de las instalaciones y el personal sanitario. (ver apartado 4.4).

4.2. La eficacia del DICA en la actualidad. Revisión y propuestas de mejora.

Este bloque se desglosará en cuatro ámbitos principales: regulación nacional e internacional, modificación de la jurisdicción internacional e internacionalización del Código Ético de Asistencia Humanitaria. Dentro de los mismos, se expondrá la situación actual y se propondrán medidas para su mejora.

4.2.1. Fortalecimiento de las legislaciones nacionales

[29][30][31]

Tal y como indica el CICR [32], el principal objetivo de las actuales misiones internacionales es la creación de un Estado pleno y fuerte, constituido por los poderes ejecutivo, judicial y legislativo autosuficientes[33].

De este modo, considero que es importante tener en cuenta para su desarrollo:

- Crear un sólido sistema jurídico nacional, para así poder aplicar efectivamente toda la normativa internacional y perseguir y castigar sus infracciones.[34]
- Se han de movilizar a los Estados a que incorporen en sus leyes nacionales la protección de la asistencia sanitaria, si no lo han hecho aún[35].
- Hacer hincapié en la necesidad de gestionar el postconflicto. No sólo formando a las FAS, sino también a los futuros gestores de los Estados, a fin de crear estructuras fuertes y estables.

4.2.2. Actualización y/o reinterpretación de las normas internacionales.

Tanto los Protocolos Adicionales de los Convenios de Ginebra de 1977 como el de 2005 son una reinterpretación de los anteriores, precisamente por la dificultad existente en la elaboración de nueva normativa a nivel internacional.

Observando la evolución de este ámbito, todas las normas deben ser actualizadas periódicamente, adaptándose a todos los cambios que se dan en la sociedad y los conflictos armados.

Para ello, entiendo que cualquier introducción nueva en la normativa del DICA se debería efectuar en forma de aclaraciones o reinterpretaciones de los anteriores Convenios o Protocolos. Teniendo en cuenta que crear nuevos Convenios o modificar los existentes sería una difícil labor, principalmente porque necesitaría el voto favorable de los cinco miembros permanentes del CSNUU (EEUU, Rusia, China, Reino Unido y Francia), algo que es muy difícil que suceda.

4.2.2.1. Reconsideración del concepto de instalación sanitaria

La normativa del DICA define de forma amplia lo que debe entenderse por instalación sanitaria (véase apartado 3.1). Por lo que a priori cabe cuestionarse si es necesaria una mayor concreción. Por ejemplo, si resultase necesario introducir en la regulación a la casa privada que es utilizada circunstancialmente como refugio sanitario.

Con ello detecto que se debería optar porque la definición de instalación sanitaria esté abierta a nuevos supuestos, y no sea una lista cerrada para evitar supuestos extremos que quedarían fuera de la protección del DICA en un momento dado.

4.2.2.2. Reconsideración del concepto de personal sanitario

Tras la definición antes expuesta de personal sanitario (véase apartado 3.1), la consideración de personal sanitario queda un poco ambigua en las normas internacionales.

A mi parecer se debería realizar una actualización, teniendo en cuenta a todas las partes de los conflictos, de este modo se ha de añadir a mucho personal que antes no estaba incluido, realizando también una lista abierta a nuevos supuestos no regulados (socorristas, personal no sanitario de instalaciones sanitarias, paramédicos, fisioterapeutas, farmacéuticos, etc.).

4.2.3. Creación de una jurisdicción internacional con competencias plenas

Como ya se ha expuesto en el apartado 2.5, actualmente la CPI se encarga de juzgar los crímenes de lesa humanidad, crímenes de guerra y crímenes de agresión cometidos tras su creación.

Sin embargo, el principal problema con el que se encuentra es que es una jurisdicción subsidiaria. Ésta no entrará en funcionamiento hasta que el Estado afectado no pueda o no quiera actuar, o cuando se haga un uso inadecuado de la legislación nacional en la materia.

También tiene capacidad para revisar su propia competencia. Incluso puede anular sentencias realizadas en fraude de ley de cualquier estado.

Tras lo anteriormente expuesto, considero que se han de reinterpretar las capacidades y competencias de esta jurisdicción:

- Con la finalidad de resolver esta situación de subsidiariedad, se le deberían dar poderes plenos y exclusivos en materia propia de su competencia, para así evitar que estos procesos se alarguen demasiado en el tiempo y los culpables no reciban castigo.

Para alcanzar este objetivo, es necesario el respaldo del CSNUU y la supervisión de la AGNUU, para garantizar la transparencia y fiabilidad del proceso judicial. De esta forma, cualquier tribunal nacional debería abstenerse en su favor, con posibilidad de sanción por el CSNUU si se incumple.

- Otra medida para conseguir lo anterior, en mi opinión, sería ampliar su competencia incluso a países no firmantes del Estatuto de Roma.

Debido a que, para implantar esta solución, hace falta una Resolución favorable del CSNUU, y con el inconveniente de que uno de los miembros permanentes del mismo es EEUU, país que no forma parte del Tratado de Roma (véase apartado 2.5), considero que es una solución muy difícil de alcanzar a corto plazo.

4.2.4. Internacionalización del Código Ético de Asistencia Humanitaria.

Actualmente cada Organización Internacional, y cada país, tiene unos principios éticos sanitarios diferentes. La mayoría de ellos son comunes, pero no siempre es así.

El CICR ha elaborado un documento[5][6] con los principios éticos [38] que deberían regir la asistencia a la salud en todo el mundo, tanto en tiempo de paz como en los conflictos armados. Este documento no tiene validez legal, siendo únicamente aplicable a los miembros del CICR.

Tras la investigación realizada, considero que debería ser revisado e implementado a nivel internacional. Para ello, sería necesario crear un mecanismo legal que obligue a los estados a hacerlo suyo, respetándolo y haciéndolo respetar.

4.3. Formación del DICA en las FAS españolas. revisión y propuestas de mejora.

Se realizará una explicación de cuál es el punto en que se encuentra el DICA dentro de las FAS españolas, y algunas propuestas para que se mejore su formación.

4.3.1. Revisión situación actual

A continuación se va a realizar una revisión del estado actual de toda la normativa del DICA y de las medidas que se están llevando a cabo para ser aplicado dentro de las FAS españolas.

4.3.1.1. Situación legislativa actual.

En la actualidad podemos encontrar diferente legislación que desarrolla las obligaciones que tienen los diferentes países sobre la formación de sus FAS[32]:

- Los *artículos 1 y 45* del GI establecen que: “*Los Estados, al obligarse internacionalmente a respetar y hacer respetar las leyes y usos de la guerra, transfieren buena parte de su responsabilidad a las FAS...*”.
- A su vez el *artículo 83.2* GPI establece que: “*Todo jefe militar debe ser consciente de las responsabilidades que asume en cuanto a la aplicación del Derecho de los Conflictos Armados, por lo que deberá estar al corriente de su texto*”.
- Y los *artículos 47 GI y 87.2* GPI dicen que: “*El jefe debe cerciorarse de que sus subordinados conocen sus respectivas obligaciones dimanantes del Derecho de los Conflictos Armados mediante una adecuada programación de la instrucción que tenga en cuenta el nivel de conocimiento que a cada subordinado debe exigirle*”.
- Además, el apartado 6 de la parte dispositiva de la Resolución 2286 del CSNUU: “*Exhorta a los Estados a que vean por que sus FAS y fuerzas de seguridad... se esfuerzen o, según proceda, sigan esforzándose por integrar medidas prácticas de protección de los heridos y enfermos y servicios médicos en la planificación y la realización de sus operaciones*”.

Además de toda la legislación internacional expuesta, el CICR [13] insta a las FAS a que revisen sus ROE,s, prácticas operacionales y sus procedimientos militares para que estas medidas de protección de la asistencia sanitaria sean incluidas en sus documentos y el personal de las FAS reciba la capacitación necesaria para ello.

4.3.1.2. Medidas actuales existentes.

En las FAS españolas existen muchas iniciativas relacionadas con el DICA, entre las que cabe señalar las siguientes:

- Cursos especializados para personal jurídico.
- Conferencias para los cuadros de mando (en adelante CUMA,s).
- Colaboraciones con Universidades públicas para impartir conferencias al personal militar y civil.
- Asignaturas relacionadas con DICA dentro de las Academias Militares.
- Conferencias en los cursos de ascenso a comandante y el Curso de Estado Mayor, entre otros.
- Cursos y conferencias en las diferentes unidades del ET.

Siempre se realiza un esfuerzo extra en la preparación del personal que va a ser desplegado en ZO:

- La Escuela Militar de Estudios Jurídicos imparte una asignatura de Derecho Internacional Militar dentro de su programa académico para que, uno de los miembros del Cuerpo Jurídico de las FAS actúe como asesor jurídico en las operaciones en el extranjero.
- Para todo el personal, sanitario y no sanitario, que va a ser desplegado en ZO se les entrega el manual de área, donde se incluye la normativa internacional de la protección de la asistencia sanitaria.

El documento de referencia para las FAS en la materia es la OR7-004, elaborada por MADOC, que recopila toda la legislación internacional. Asimismo, existe un documento[40], elaborado por la Inspección General de Sanidad de Defensa donde se recoge toda la información sobre DICA que afectará al personal sanitario de las FAS españolas.

4.3.2. Propuestas de mejora de la formación de las FAS.

Dentro de las medidas ya existentes, considero que existen posibles mejoras dentro de las mismas, para ello propongo:

- Realizar dos manuales de área¹³ para el personal que vaya a ser desplegado en ZO:
 - El primero de ellos iría dirigido al personal no sanitario de las FAS, que recopilaría toda la legalidad internacional que les afectará en las operaciones (Ver anexo B).
 - El segundo, iría dirigido al personal sanitario, militar y civil, que formase parte de este contingente. Este manual contendría, además de toda la información incluida en el anterior, los derechos y obligaciones del personal sanitario en los conflictos armados (Ver anexo C).

¹³ Los manuales de área son documentos confidenciales que son entregados a los integrantes del contingente que será desplegado en misiones internacionales durante su periodo preparatorio con diferente información que les será de ayuda durante la misión.

- Tras valorar las encuestas realizada a diferentes miembros del ET (30 de la Escala de Tropa y Marinería, 16 de la Escala de Suboficiales, 8 de la Escala de Oficiales y 6 de la Escala de Oficiales del Cuerpo General de Sanidad Militar), se puede constatar en los resultados obtenidos (ver Anexo A) que, es en la Escala de Tropa y Marinería donde se ha de realizar un mayor esfuerzo. Todo ello, sin descuidar al resto de los miembros de las escalas encuestadas, a los que también se les debe realizar cursos de reciclaje y actualización (recomendación de la OR7-004).
- Tras consultar con el Dr. Fernando López Pérez, el General Auditor D. Ángel Serrano Barberán, y el Teniente Coronel Auditor D. Javier Palacios Blanco, se llega a la conclusión de que sería de gran utilidad reservar en el programa de instrucción anual de los miembros de las FAS, tiempo específico para la formación en DICA. De igual forma, para el personal sanitario de las FAS, debería darse una formación más específica y profunda, ya que es el principal beneficiado de la protección otorgada por el Derecho Internacional, pero a su vez también es quien sufre los ataques.

4.4. Mejoras para garantizar la protección de las instalaciones y el personal sanitario.

En este punto se enumerarán diferentes propuestas de mejoras, centrándose en dos ámbitos de actuación:

- Medidas de ámbito social (apartado 4.4.1).
- Medidas de ámbito técnico (apartado 4.4.2).

4.4.1. Medidas de ámbito social.

4.4.1.1. Campañas de información y sensibilización.

A. Medidas existentes

La legislación internacional obliga a todos los Estados firmantes a introducir el DICA en la formación de sus FAS y a fomentarlo entre su población¹⁴[39].

La Resolución 2286 del CSNUU del 3 de mayo de 2016 subraya: “*la importante función que pueden desempeñar la educación y la formación en materia de derecho internacional humanitario*”.

B. Medidas propuestas

Revisando una posible mejora en este planteamiento, sería importante, tener en cuenta:

- Ya que el nivel educativo de la población de los países de los conflictos actuales suele ser bajo, y el conocimiento del Derecho Internacional prácticamente nulo.

¹⁴ Arts. 47 GI, 48 GII, 127 GIII, 144 GIV y 82, 83 y 87 GPI.

Considero de gran importancia que esta población conozca la labor que cumplen las organizaciones sanitarias y humanitarias, para así hacerles partícipes en la mejora de su protección. Haciéndoles conocedores que todo ataque contra este personal repercute directa y negativamente en su asistencia sanitaria y, a la vez, en su bienestar.

- También se les debe mostrar las posibles consecuencias del incumplimiento de las normas internacionales. Ya que estas no sólo afectan a países, sino que también pueden ser juzgados personas a título individual, como ha ocurrido en numerosas ocasiones.
- Para ello, considero necesario que, los integrantes de las FAS, unida a la labor principal que les sea encomendada, realicen pequeñas conferencias, con la ayuda del intérprete, con la información básica sobre DICA en materia de asistencia sanitaria en las poblaciones en conflicto.

El fin último de estas propuestas, es crear una conciencia social e involucrar a la población en la labor de protección de la asistencia sanitaria.

4.4.1.2. Mejorar las relaciones con los diferentes actores en los conflictos armados

4.4.1.2.1. Colaboración con los Grupos Armados para implantar el DICA en su práctica operacional.

Los grupos armados, entendidos como tales a las Fuerzas no Regulares (guerrilleros, terroristas, etc.), en los actuales conflictos son actores principales junto con los Estados y la población, por ello es muy importante que intervengan en la protección de la asistencia sanitaria, tal y como señala el CICR[32].

A. Medidas existentes

El CICR [42][43], propone “*traducir las normas del DIH en mecanismos o medidas concretas para garantizar su cumplimiento y luego adoptar los medios requeridos a tal fin*”. Para ello, insta a que se ha de actuar en cuatro ámbitos (Doctrina, enseñanza, entrenamiento y sanciones).

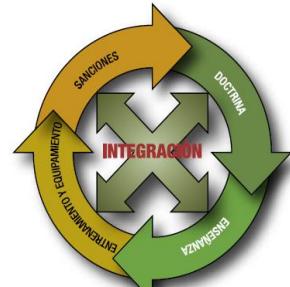


Ilustración 4. Fases del proceso de integración del DIH del CICR en los grupos armados.

Fuente: CICR [50].

B. Medidas propuestas

Para seguir las directrices marcadas por el CICR, considero que se han de tomar las siguientes medidas:

- Revisar y actualizar su doctrina en materia de DICA.
- Realizar una formación, o velar por que se realice, a todos sus miembros[44].
- Realizar entrenamientos que se asemejen a la realidad para que interioricen todas las acciones que deben realizar para la protección de la asistencia sanitaria.
- Establecer un proceso sancionador que debe ser público y transparente, además de realizarse por un órgano independiente al grupo armado.
- Realizar acuerdos de forma escrita, en la que todas las partes se comprometen a cumplirlos. Este proceso debe ser continuo, involucrando a todos los actores de los conflictos armados.

No obstante, siendo realistas, considero que será complicado negociar con algunos grupos armados. Es posible cuando cuenta con una organización jerárquica y un líder, un ejemplo sería el caso de las FARC¹⁵[45] de Colombia, pero en otros muchos casos, por ejemplo, son grupos terroristas como DAESH¹⁶ con los que se debe negociar, por lo que será muy difícil o casi imposible.

4.4.1.2.2. Líderes locales y religiosos, junto con medios de comunicación.

A. Medidas existentes

En los actuales conflictos armados convergen diferentes actores, cada uno tiene una función, y será esencial que todos estén coordinados. Cabe destacar entre ellos, según el CICR [32], a los medios de comunicación y los líderes locales y/o religiosos, que cada vez cuentan con un rol más importante[46].

B. Medidas propuestas

Analizando cada una de las figuras mencionadas, cabe considerar:

- Respecto a los medios de comunicación, creo que pueden ser un gran aliado, pero a su vez también pueden ser una fuente de estrés y de problemas. Las relaciones con ellos deben estrecharse, ya que su papel es muy importante en los conflictos armados debido a que, la opinión social es un factor clave a tener en cuenta, pudiendo decantar la balanza a tu favor o en tu contra.
- En lo que respecta a los líderes locales o religiosos[32], considero que, ya que los actuales conflictos se desarrollan dentro de la población, y éstas sociedades suelen estar muy jerarquizadas, con una cabeza visible claramente definida, donde el líder es una figura de especial relevancia dentro de estas sociedades. La principal prioridad ha de ser realizar un acercamiento a estos líderes, lo que repercutirá de forma beneficiosa en la conducción de las operaciones durante los conflictos.

Un claro ejemplo de acercamiento a la población y los beneficios que ello conlleva fue el trato de favor que consiguieron los integrantes del contingente español en la región de Mostar durante la misión en Bosnia [47], lo que les facilitó la labor durante la misma.

¹⁵ Las Fuerzas Armadas Revolucionarias de Colombia (FARC) fue un grupo guerrillero de ideología marxista-leninista, considerada como grupo terrorista hasta 2016 por más de 30 países. Actualmente es un partido político denominado Fuerza Alternativa Revolucionaria del Común. Fuente: <https://actualidad.rt.com/themes/view/45118-farc> [Consultado el 24/10/2018].

¹⁶ Término usado para referirse a los miembros del autodenominado ISIS (Islamic State of Irak and Syria). Fuente: <https://geopolitico.es/todo-sobre-el-daesh/> [Consultado el 24/10/2018].

4.4.2. Medidas de ámbito técnico.

El estudio se centrará en 3 ámbitos de actuación:

- Mejoras para el control de los ataques producidos (Ver apartado 4.4.2.1.)
- Mejoras en las instalaciones sanitarias (Ver apartado 4.4.2.2)
- Mejoras en la protección del personal sanitario (Ver apartado 4.4.2.3.)

4.4.2.1. Mejoras para el control de los ataques producidos. Internacionalización del sistema de control de ataques del CICR.

A. Medidas existentes

Desde muchos años atrás, la OMS y el CICR[48], han denunciado un aumento preocupante de ataques contra la asistencia sanitaria en las zonas de conflicto[49]. Por ello han exigido que se tomen medidas para evitarlos.

Ambas organizaciones han creado una herramienta llamada “Sistema de Vigilancia de Ataques a la Asistencia a la Salud” (En adelante SSA, por sus siglas en inglés). Esta herramienta registra los ataques sufridos contra la asistencia sanitaria en cualquier lugar del mundo.

El SSA recopila datos de los ataques que se han cometido, pero con el extra de que realiza un estudio de las consecuencias que estos ataques provocan en la salud de las poblaciones afectadas.

Todo el mundo puede consultar la información y aportar nueva si se dispone de ella. El objetivo, además de registrar los ataques, para poder centrar esfuerzos en aquel país o aquella zona más conflictiva, también es crear conciencia tanto en las sociedades como en los gobiernos, para impulsar iniciativas de mejora.

No obstante, cada país y organización internacional suele llevar un registro propio de los ataques contra sus unidades, tanto civiles como militares, a modo de información estadística. El problema es que esa información no se comparte, ya que suele ser confidencial.

B. Medidas propuestas

Analizando el sistema utilizado, sería importante modificar los siguientes aspectos:

- Para que esta herramienta alcance su máximo potencial, deben colaborar todos los actores que intervienen en los conflictos, desde los contendientes, las organizaciones internacionales humanitarias, hasta personas individuales. Para ello, todo el que tenga cualquier información relevante, debería hacerla pública.
- Para facilitar la labor del CICR y de esta herramienta, se debería crear una regulación internacional que obligue a todo el que disponga de información, a transmitirla para poder actualizar su registro.

4.4.2.2. Mejoras en las instalaciones sanitarias.

Las instalaciones sanitarias[32] son el objetivo de muchos ataques y, en ocasiones, se usan de manera ilícita. Por tanto, además de todas las medidas expuestas en apartados anteriores, también considero que se deberían realizar mejoras técnicas en los edificios para evitar o mitigar los efectos de los ataques.

Como se verá a continuación, con algunas medidas muy sencillas, se podrían reducir mucho los efectos de los ataques.

El estudio se dividirá en mejorar propuestas existentes de dos organismos diferenciados:

- Análisis de propuestas elaboradas por el CICR y directrices de elaboración propia para mejorar estas propuestas (Ver apartado 4.4.2.2.1.).
- Análisis de obligaciones contenidas en el GPI y propuestas de mejora de elaboración propia de estas obligaciones (Ver apartado 4.4.2.2.2.).

4.4.2.2.1. Análisis de las propuestas del CICR.

Tomando como referencia documentación desarrollada por el CICR [50][51], y dentro de los diferentes apartados propuestos por dicho organismo (Ver apartados A-L), se desarrollarán medidas de elaboración propia, con la intención de mejorar cada uno de los puntos expuestos.

A. Reubicar instalaciones temporalmente:[50][51]:

- Según mi punto de vista, la ubicación de las instalaciones es un factor muy importante para tener en cuenta, ya que le puede brindar una gran protección o hacerla muy vulnerable.
- Es una medida subsidiaria y excepcional, ya que será la más complicada y costosa.
- Para ello se elaborará un plan de reubicación, que será revisado periódicamente.
- Se informará a todos los actores del conflicto de la reubicación, para así evitar malentendidos.

B. Planes de emergencias:

El CICR recomienda realizar estos planes en cuatro fases: (Identificación, análisis, evaluación y plan de acción). Paralelamente a este plan, también se creará un Plan de Evacuación con las rutas de escape y evacuación.

Con la intención de que el plan sea eficaz, considero que se deben tomar las siguientes medidas:

- Deberían ser examinadas periódicamente para comprobar su viabilidad cuando deban ser usadas.
- Se ha de realizar ensayos de evacuación, para que todo el mundo sepa qué hacer cuando se produzca un ataque. Por lo que, todo el personal debe conocer a la perfección este plan.

C. Control de accesos: [50]

- Ya que uno de los principales tipos de ataques es mediante vehículos suicidas, considero que se deberían mejorar los accesos a las instalaciones, vigilados por personal policial y/o militar para evitar que cualquier persona no autorizada entre en la instalación.
- Además de ello, considero que sería de utilidad colocar protecciones en zigzag como se hace en la mayoría de las bases militares en el extranjero (Ver ilustración 5). Un caso real de las tropas españolas fue durante el ataque a las diferentes bases en Iraq en el año 2004[53]. Este sistema evitó que los vehículos suicidas pudieran acceder al interior del recinto.

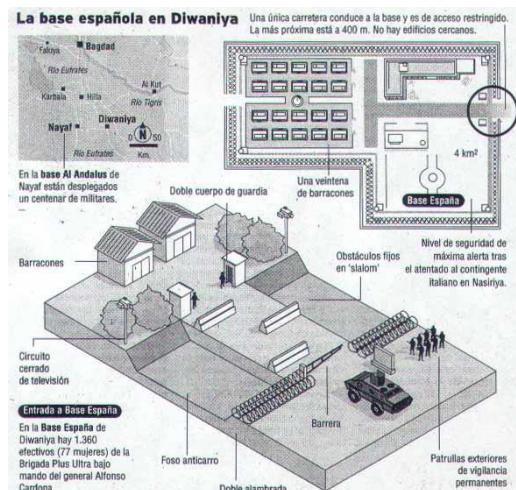


Ilustración 5. . Control de acceso Base española en Diwaniya (Iraq).

Fuente:

<http://www.belt.es/noticias/2003/noviembre/18/brigada.htm> [Consultada el 27/10/2018]

D. Crear un espacio de seguridad en la instalación:

Se ha demostrado que el daño que puede ocasionar un arma disminuye con la distancia. Por lo tanto, considero que se deben crear estructuras que aumenten la distancia hasta la instalación sanitaria, algunos ejemplos pueden ser:

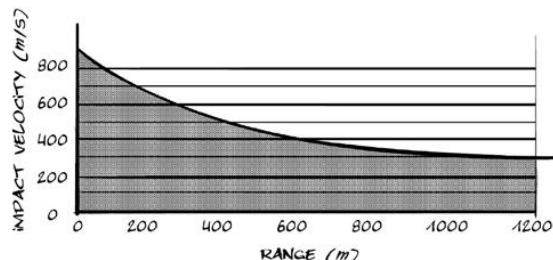


Ilustración 6. Velocidad de un arma (calibre 7,62x51mm NATO) en función de la distancia

Fuente: CICR [50]

• Creación de muros de contención[50]:

- Para evitar o reducir los efectos de un ataque sobre instalaciones sanitarias, considero que se deberían reforzar las mismas con sistemas de contención que ayudarán a reducir los efectos de los ataques, destacando entre las múltiples opciones existentes, las siguientes:

- **Sistemas multicapa:** de todos los sistemas posibles, opino que es un sistema barato y efectivo, ya que la fuerza letal del proyectil disminuye a medida que impacta en cada capa.

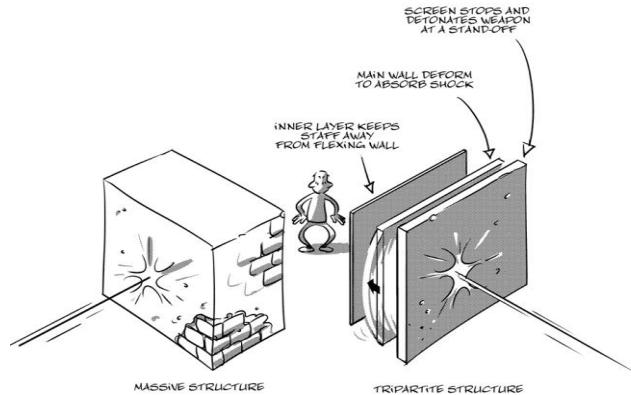


Ilustración 7. Ejemplo de sistema multicapa

Fuente: CICR [50]

- **Arena[50]:**

- ❖ Considero que es uno de los sistemas más rápidos, baratos y más usados en todos los conflictos. El principal problema es que se deterioran más rápido que el resto de protecciones.
- ❖ Se han de realizar revisiones periódicas.
- ❖ Fue un sistema muy utilizado por las tropas españolas en diferentes misiones, por ejemplo en la misión de Bosnia (ver ilustración 8), utilizaban sacos terreros para cubrir puertas y ventanas [47].



Ilustración 8. Ejemplo de torre de seguridad española construida con sacos de arena en Jablanica (Bosnia)

Fuente:

<https://www.alsolddefuerteventura.com/2016/05/legionario-en-bosnia-1993-octava-parte.html>
[Consultada el 27/10/2018]

○ **Hesco® Bastion[50]:**

- ❖ En mi opinión es una de las mejores opciones, ya que es el sistema actualmente más utilizado por los diferentes ejércitos en los conflictos por ser económico, rápido de colocar y muy efectivo.
- ❖ Existen de diferentes tamaños dependiendo del nivel de protección que se quiera obtener (ver ilustración 9).
- ❖ Como ejemplo de aplicación, los integrantes del contingente de EEUU en Afganistán, durante su misión de control del Valle de Korengal en la COP¹⁷ Restrepo (2005-2010) (ver ilustración 10), la cual estaba completamente fabricada con este material.

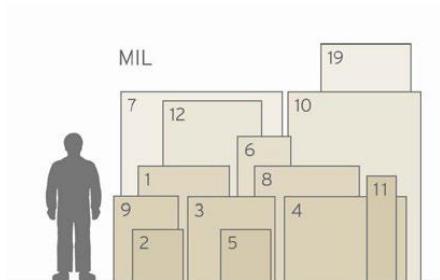


Ilustración 9. Diferentes tamaños de Hesco comparados con la altura media de una persona.

Fuente: CICR [13]



Ilustración 10. Soldados estadounidenses durante un combate en el Valle de Korengal (Afganistán), protegiéndose con Hesco Bastions.

Fuente: <https://es.noticias.yahoo.com/soldados-eeuu-reflexionan-en-un-documental-sobre-la-151102815.html?guccounter=1> [Consultada el 27/10/2018]

○ **Muros antiexplosión y antifragmentación[50]:**

- ❖ Están específicamente diseñados para absorber y desviar la presión y la fragmentación de una explosión.
- ❖ Si estos muros se colocan con separación de las instalaciones principales, harán que se disminuyan aún más los efectos de una explosión. Se ha de tener en cuenta las separaciones tanto de forma horizontal como vertical.

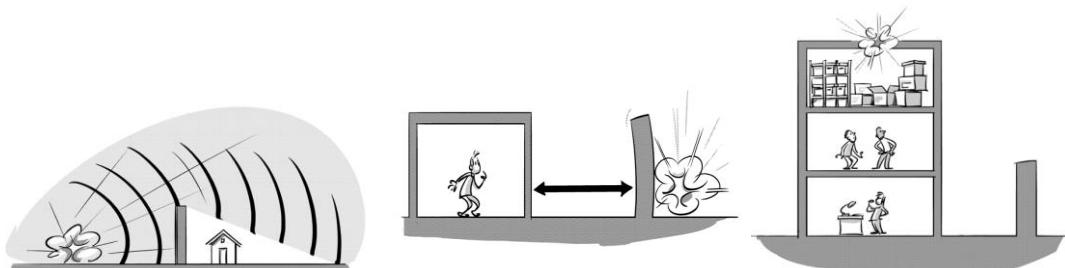


Ilustración 11. Ejemplos de muros antiexplosión y antifragmentación.

Fuente: CICR [50]

¹⁷ COP (Posición de Combate Avanzada, por sus siglas en inglés).

- Creación de refugios[50]:
 - Es una medida muy usada en los conflictos actuales. Como ejemplo la misión UNIFIL en Líbano, las posiciones defensivas de la zona de responsabilidad de las tropas españolas disponen de refugios donde resguardarse en caso de ataque. En muchas ocasiones han sido usadas para resguardarse cuando se producían los combates entre Israel y Hezbollah.
- Creación de un perímetro de seguridad:
 - Cuando no se disponga de los materiales expuestos para crear un muro de protección o crear un refugio, considero que sería una buena idea crear un perímetro de seguridad, con una alambrada o cualquier material que evite que cualquier persona pueda observar el recinto. Aunque ofrece una protección mucho menor, al menos dificultará la visión sobre la instalación, lo cual hará más complicado que se cometan ataques.

E. Camuflaje de las instalaciones[6]:

- Es una buena medida de seguridad frente a ataques, pero considero que como no se puede distinguir si es una instalación sanitaria, y tras el estudio realizado, se puede afirmar que ésta perdería su protección dentro del DICA.
- Esta medida es muy usada en instalaciones militares, ya que primará más el secreto y la seguridad de las operaciones militares que la protección del DICA.
- En la OR7-004 se dice que debe ser de forma extraordinaria y por el tiempo mínimo indispensable. Por ello, considero que el mando deberá estudiar los riesgos realizando un análisis previo de los mismos y asumir las posibles consecuencias de ello.

F. Crear varias salidas de emergencia[50]:

- Es una medida sencilla y considero que facilitará la evacuación del edificio, dificultando el control de accesos y salidas por parte del atacante.

G. Materiales de construcción ignífugos[50]:

- Si se va a realizar una nueva construcción, en la medida de lo posible, se usarán materiales ignífugos para evitar que, ante una explosión, éstos se incendien y aumente el daño. Para una instalación ya existente, también hay recubrimientos ignífugos.
- En mi opinión es una medida más costosa, pero al menos, se deberían colocar en zonas donde exista material sensible e inflamable, si no se puede revestir la instalación al completo.
- Si ello fuese imposible, al menos se debería alejar todo este material inflamable de las zonas donde esté el personal.

H. Redes anti-granadas:

- Las cuales considero que es una medida barata y muy eficaz contra granadas lanzadas por una persona, pero contra una granada de mortero, por ejemplo, no sería muy efectiva.



Ilustración 12. Red anti-granada.

I. Minimizar riesgos secundarios:

- **Cristales o láminas antibalas[50]:**

- Un gran problema a la hora de recibir ataques es que, al romperse los cristales de ventanas y puertas, estos pueden proyectarse sobre las personas en forma de metralla, ocasionando graves daños.
- Para solucionar este problema, creo que se pueden colocar cristales o láminas antibalas.
- Los cristales antibalas son más caros y, aunque sería la mejor opción, las láminas son soluciones más baratas que evitan que el cristal al romperse se fragmente.
- Por ejemplo, los cristales antibalas se usan en todos los vehículos militares blindados, y han sido muy útiles cuando se ha recibido ataques de fusilería. Mencionar como ejemplo la Guerra de Bosnia [47] y en la Batalla de Nayaf (Irak)[53].

- **Limpiar el perímetro de la instalación de material proyectable:** Se debe evitar que en los alrededores de la instalación exista material suelto, como piedras o grava, porque éstas, ante un ataque, se convertirán en metralla.

J. Habitación segura[41]:

- Es una habitación donde esconderse en caso de ataque. Esta sala debe tener unas dimensiones entre 1.2 y 1.8 m² para que una persona pueda permanecer al menos dos horas.[50]
- Considero que además debe tener buena ventilación, incluso de modo artificial, si es posible, o no realizará su función, como ocurrió en la Embajada de EEUU en Bengasi (Libia)¹⁸.

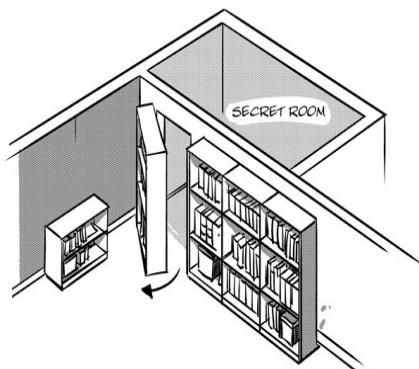


Ilustración 13. Habitación segura.

Fuente: CICR [13]

¹⁸ La embajada norteamericana en Bengasi fue atacada el 11/9/2012 por insurgentes. El embajador Stevens se refugió en la habitación segura, pero ésta no estaba bien ventilada, por lo que, cuando los insurgentes incendiaron el edificio, el embajador tuvo que salir de ella porque no podía respirar, momento que aprovecharon los insurgentes para capturarlo y asesinarlo. Fuente: <https://www.elmundo.es/elmundo/2012/09/12/internacional/1347408882.html> [Consultada el 28/10/2018]

K. Servicios públicos[41]:

- Existen numerosos casos en los que los ataques no han sido directamente a la instalación, sino a los servicios esenciales, que perjudican de igual manera que un ataque directo.
- Todas las redes de servicios deberán colocarse en el subsuelo, siempre que sea posible, para evitar ataques o sabotajes. Además, deben estar debidamente protegidas mediante vallados o cualquier otra medida para evitar que alguien las manipule sin autorización.
- También se deben realizar estudios para que existan redes de servicios alternativos (agua, electricidad...) para cuando el uso de las redes principales sea imposible. En el caso de la electricidad, sería una buena idea según mi punto de vista usar paneles solares para un uso de emergencia en caso de que la red eléctrica sea dañada.

L. Seguridad en los suministros[41]:

- Para la prestación de la asistencia sanitaria es indispensable disponer de material sanitario y esencial para la vida (electricidad, agua...). Considero que se ha de realizar un plan de suministros que asegure que se dispondrán de los materiales necesarios cuando se requieran y mantener un control del inventario.
- Respecto al almacenaje de estos productos se han de poner en estanterías o palés ordenados sistemáticamente y de la misma forma siempre, para agilizar su búsqueda en situaciones de emergencia.
- Respecto al almacenamiento y el transporte se tendrán las mismas consideraciones que para la asistencia. El almacenamiento se realizará en instalaciones protegidas y el transporte se hará, a ser posible, mediante una protección de las FCSE o de las FAS.

4.4.2.2.2. Medidas recogidas en el GPI y propuestas de mejora.

En este apartado se desarrollarán las obligaciones impuestas en el GPI relativas al uso de señales y signos distintivos, proponiendo medidas de elaboración propia para mejorar la coordinación de los diferentes actores durante los conflictos armados.

A. Utilización de señales visuales y luminosas:

- En el GPI se recogen una serie de medidas estandarizadas para identificar a las aeronaves y buques sanitarios, pero para las instalaciones terrestres deja vacíos legales. Según mi opinión, se debería aplicar de igual manera a las instalaciones terrestres.
- Respecto al uso de señales luminosas, dentro del GPI prima el acuerdo entre las partes. Considero que no se debe dejar a su libre albedrío, sino regularlo claramente por el CSNNU.
- Otro problema es que la señal regulada es una luz azul con destellos visibles desde lo más lejos posible.

Pero, por ejemplo, España usa el color azul para sus vehículos de policía, lo que puede crear confusión, por ello debe quedar claro antes de desplegar en el conflicto.

B. Signo distintivo utilizado[54]:

- La Cruz Roja se utiliza desde 1864. También es usada desde 1929 la Media Luna Roja en los países musulmanes. Y en 2005, el GPIII autorizó el Cristal Rojo, únicamente para personal, unidades y transportes sanitarios. En ocasiones, también se usan el Escudo Rojo de David y el León y Sol Rojos, aunque estos no están reconocidos por los Convenios Internacionales[55].
- Tras los resultados de las encuestas a personal militar del ET (ver anexo A), se ha detectado que el Cristal Rojo no es suficientemente conocido.

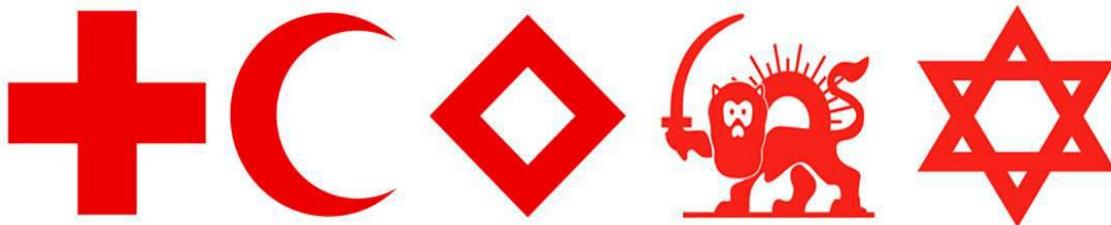


Ilustración 14. Signs distintivos de la asistencia sanitaria.

Por orden: (Oficiales: Cruz Roja Española, Media Luna Roja y Cristal Rojo; No oficiales: León y Sol Rojos y Escudo Rojo de David).Fuente: CICR [61]

- Como ejemplo, uno de los conflictos actuales más preocupante, donde existe un trasfondo religioso muy importante, es el conflicto palestino-israelí[56]. Aquí, la población palestina es de religión musulmana, mientras que la población de Israel es de religión judía. En el primer caso usan la Media Luna Roja, y en el segundo la Estrella de David Roja. Para evitar conflictos innecesarios y homogeneizar los signos distintivos, a mi parecer se debería usar únicamente el Cristal Rojo durante los conflictos armados ya que no tiene ninguna connotación religiosa. Para ello, previamente se ha de dar difusión de que es un símbolo distintivo de la asistencia sanitaria.

4.4.2.3. Mejoras en la protección del personal sanitario

El personal sanitario, por ser el principal afectado de los ataques, es quien goza de los derechos del DICA y quien sufre todas las consecuencias de su incumplimiento. Pero para ello también ha de cumplir con sus deberes (Ver Anexo C).

Con la finalidad de facilitar su labor, se deberían tomar algunas medidas, las cuales, en mi opinión podrían agruparse en las siguientes:

- Proceso de contratación transparente y público, respetando la confidencialidad.
- Filiación de todo el personal, para mantener un control exhaustivo y evitar cualquier infiltración de personal que no sea de la organización.
- Apoyo instrumental (por ejemplo, creando un seguro de salud frente a ataques), emocional e informativo.

5. CONCLUSIONES

Como análisis final de este proyecto sobre la protección de las instalaciones y el personal sanitario en el DICA, y tras el trabajo de investigación realizado, se han de destacar diferentes aspectos a tener en cuenta dentro de los tres objetivos definidos en el mismo.

El objetivo principal de este trabajo es comprobar la eficacia de los Convenios y Protocolos de Ginebra en los conflictos actuales, llegando a la conclusión de que han de ser reinterpretados y/o actualizados. Como se ha desarrollado anteriormente, esta normativa no sólo ha perdido la eficacia con el paso del tiempo, sino que también los países han perdido el interés por ellos, apostando por actuar cada uno de forma independiente.

Esta afirmación se extrae de la idea de que los Convenios de Ginebra de 1949 fueron firmados y ratificados por un total de 196 países. Pero la tendencia que se ha seguido desde entonces ha sido negativa, poniéndose de manifiesto la pérdida de interés antes mencionada, como demuestra que, ya el GPI lo ratificasen 174 países, y que el GPIII, sólo fuese ratificado por 74 (Ver Anexo D). De ahí se deduce que se ha de realizar una importante labor para que los países, y las Organizaciones Internacionales, sobre todo la ONU, y el CSNUU en particular, tomen cartas en el asunto para intentar corregir una situación que, por desgracia, está aumentando de manera alarmante.

El segundo punto objeto de estudio, es conocer el nivel de formación que las FAS españolas tienen sobre el DICA, de las cuales concluyo que, según las encuestas y el trabajo de investigación realizado, se debe ahondar en la formación de estas sobre el DICA en general y la protección de la asistencia sanitaria en particular.

Se ha observado que existe un interés por parte de las unidades de las FAS en la mejora de los conocimientos del DICA por sus integrantes, y que la formación que se les imparte va cada vez en aumento. En parte porque cada vez, España participa en más misiones internacionales, y necesita que todo su personal conozca el Derecho Internacional que le es aplicable.

Esta mejora en la formación de las FAS se debe a que España se ha involucrado mucho en colaborar en mejorar el Derecho Internacional y, junto con la Cruz Roja Española, ha participado en todas las Convenciones a las que han sido invitadas, firmando y ratificando todos y cada uno de los Convenios y Protocolos. Y ese interés lo ha trasladado a todos los organismos que forman su estructura y, por ende, a las FAS. Por tanto, el camino seguido por España debería de ser ejemplo de otros países, para crear un Derecho Internacional fuerte.

Respecto al tercer objetivo de propuestas de mejora, en el ámbito social y técnico, se han analizado las diferentes medidas existentes, derivando de ellas diferentes ideas clave.

A nivel social se ha de tener en consideración a todos los actores que intervienen en los conflictos armados, teniendo especial protagonismo los líderes locales y religiosos, así como los medios de comunicación. Estas dos figuras son clave para alcanzar el éxito en la protección de la asistencia sanitaria en los actuales conflictos armados.

Dentro del aspecto técnico, se determina que no son necesarias grandes y costosas mejoras, con simples medidas, que a priori parecen obvias, se ha conseguido aumentar considerablemente la protección de la asistencia sanitaria, mejorando su labor y, por consiguiente, la salud de la población a la que prestan esa asistencia. Se debe, por tanto, ahondar en estas medidas.

Para finalizar con una reflexión personal, considero que, la mejora de la protección a la asistencia sanitaria debe ser una prioridad para todos los países, ya que los últimos ataques demuestran que se está convirtiendo en un gravísimo problema que se debe subsanar lo antes posible. Para ello estas medidas se han de sustentar sobre 3 grandes pilares, como son un ordenamiento jurídico internacional con competencias plenas y respaldado por todos, un mecanismo de control fiable y transparente, y un compromiso internacional para cumplir y hacer cumplir las normas.

6. BIBLIOGRAFÍA

- [1] V. Bernard and Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Violence against health care. Part I: The problem and the law,” p. 250, 2013.
- [2] H. Spieker, “Sesenta años de los convenios de Ginebra: ¿podemos permitirnos renunciar a ellos?,” p. 10, 2000.
- [3] International Institute of Humanitarian Law, “The Additional Protocols 40 Years Later: New Conflicts, New Actors, New Perspectives,” p. 281, 2016.
- [4] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “¿Qué es el Derecho Internacional Humanitario?,” p. 2, 2004.
- [5] Departamento Federal de Asuntos Exteriores de la Confederación Suiza, “El ABC del Derecho Internacional Humanitario,” Berna, p. 56, 2014.
- [6] M. de A. y Doctrina, *OR7-004: El Derecho de los Conflictos Armados, Tomo I*, Second. 2007.
- [7] CICR, “¿Qué es el derecho internacional humanitario?” p. 2, 2004.
- [8] G. L. González Pompa, “El Derecho Internacional Humanitario y la Protección Jurídica del Personal Sanitario,” p. 8, 2005.
- [9] P. de G. Eulalia W, “Las exigencias de humanidad en el Derecho Internacional Tradicional.” p. 597, 1998.
- [10] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “The evolution of warfare,” p. 580, 2015.
- [11] Universidad de Deusto, “Anuario de Acción Humanitaria y Derechos Humanos,” p. 156, 2010.
- [12] J. L. Rodriguez-Villasante y Prieto, “La protección del «personal humanitario» por el Derecho Internacional Humanitario en los conflictos armados actuales,” p. 17, 2010.
- [13] Instituto -español de Estudios Estratégicos, “Asistencia de salud en peligro . La protección de la misión médica y medios sanitarios en los conflictos armados actuales,” p. 152, 2017.
- [14] F. Villamizar Lamus, “Drones: ¿Hacia Una Guerra Sin Regulación Jurídica Internacional?,” *Rev. Relac. Int. Estrateg. y Segur.*, vol. 10, no. 2, p. 21, 2015.
- [15] M. Meza Rivas, “Los sistemas de armas completamente autónomos: un desafío para la comunidad internacional en el seno de las Naciones Unidas,” p. 16, 2016.
- [16] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Guía para el examen jurídico de las armas, los medios y los métodos de guerra nuevos,” p. 40, 2008.
- [17] J. R. Sánchez Esteban and Universidad de Salamanca, “Aspectos éticos y legales de la asistencia sanitaria en los conflictos armados. Los derechos de los pacientes y los profesionales de la salud,” p. 303, 2016.
- [18] F. Bugnion, “CRUZ ROJA , MEDIA LUNA ROJA , CRISTAL ROJO,” p. 119, 2007.
- [19] Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas, “PROTECCIÓN JURÍDICA INTERNACIONAL DE LOS DERECHOS HUMANOS DURANTE LOS CONFLICTOS ARMADOS,” p. 136, 2011.
- [20] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “El derecho internacional humanitario y los desafíos de los conflictos armados contemporáneos,” p. 81, 2015.

- [21] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Derecho internacional humanitario: Respuesta a sus preguntas,” *CICR Preguntas y respuestas*, p. 44, 2005.
- [22] Ministerio de Defensa de Argentina, “Manual de Derecho Internacional de los Conflictos Armados,” p. 190, 2010.
- [23] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Punishing Violations of International Humanitarian Law at the National Level,” p. 203, 1998.
- [24] J. M. Sánchez Patrón, “THE RIGHT TO HEALTH IN ARMED CONFLICT,” vol. 2, pp. 113–121, 2016.
- [25] A. Liñán Lafuente, “Crímenes de guerra. War crimes,” p. 9, 2016.
- [26] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Prevenir y reprimir los crímenes internacionales : hacia un enfoque ‘ integrado ’ basado en la práctica nacional,” p. 132.
- [27] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “The future of humanitarian action,” *Internatinal Rev. Red Cross*, vol. 93, no. 884, p. 399, 2011.
- [28] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Icrc strategy 2019–2022,” p. 28, 2018.
- [29] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Marcos Normativos Nacionales Para La Protección De La Asistencia De Salud,” p. 104, 2015.
- [30] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “ENHANCING PROTECTION IN ARMED CONFLICT THROUGH DOMESTIC LAW AND POLICY,” p. 84, 2016.
- [31] CICR, “MARCOS NORMATIVOS NACIONALES PARA LA PROTECCIÓN DE LA ASISTENCIA DE SALUD.” p. 104, 2015.
- [32] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Proteger la Asistencia de la Salud: Recomendaciones básicas,” p. 60, 2016.
- [33] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Asistencia de salud en peligro. Afrontar los retos.,” p. 36, 2015.
- [34] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Respetar y proteger la asistencia de salud en conflictos armados y en situaciones que no están regidas por el DIH,” *Icrc*, vol. 1, p. 4, 2012.
- [35] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Asistencia de salud en peligro: LA REALIDAD DEL PROBLEMA,” p. 24, 2011.
- [36] CICR, “PRINCIPIOS ÉTICOS DE LA ASISTENCIA DE SALUD EN TIEMPO DE CONFLICTO ARMADO.” p. 2, 2017.
- [37] J. L. Rodríguez-Villasante y Prieto, “Principios éticos de la asistencia sanitaria en tiempos de conflicto armado y situaciones de emergencia,” p. 8, 2017.
- [38] A. M. Badía Martí, “ASISTENCIA HUMANITARIA. REFLEXIONES DESDE LA PERSPECTIVA JURÍDICA INTERNACIONAL DE LOS PRINCIPIOS HUMANITARIOS Y ÉTICOS,” vol. 2, p. 13, 2016.
- [39] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Las gestiones del Comité Internacional de la Cruz Roja en caso de violaciones del derecho internacional humanitario o de otras normas fundamentales que protegen a las personas en situación de violencia,” p. 12, 2005.
- [40] V. Otero Solana, “La normativa de protección y actuación del personal y medios sanitarios en los conflictos armados,” p. 67, 2013.

- [41] CICR, “PREPARACIÓN Y SEGURIDAD DE LAS INSTALACIONES DE SALUD EN CONFLICTOS ARMADOS Y EN OTRAS EMERGENCIAS,” p. 72, 2015.
- [42] CICR, “LOS GRUPOS ARMADOS Y LA PROTECCIÓN DE LA ASISTENCIA DE SALUD: PRÁCTICAS OPERACIONALES Y NORMAS PERTINENTES DEL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO.” p. 72, 2015.
- [43] L. Íñigo Álvarez, “Los grupos armados ante el Derecho Internacional contemporáneo. Obligaciones y responsabilidad,” *Rev. Electrónica Estud. Int.*, p. 23, 2016.
- [44] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Mejorar el respeto del derecho internacional humanitario en los conflictos armados internacionales,” p. 36, 2008.
- [45] L. A. Laverde de Boteror, J. I. López Jaramillo, and A. L. Ochoa Idárraga, “Sector Salud, conflicto armado colombiano y Derecho Internacional Humanitario,” p. 14, 2004.
- [46] E. Calvet Martínez, “Retos De La Ayuda Humanitaria En Conflictos Armados Prolongados : El Rol Creciente De Los Agentes Locales,” *Rev. Española Derecho Int.*, vol. 69, no. 1, p. 26, 2017.
- [47] J. F. Arribas, *Casco Azul, Soldado español*. Madrid, 1994.
- [48] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Estrategia del CICR 2015-2018,” p. 20, 2014.
- [49] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “VIOLENT INCIDENTS AFFECTING THE DELIVERY OF HEALTH CARE,” p. 20, 2013.
- [50] CICR, “PASSIVE SECURITY TECHNICAL GUIDANCE FOR ICRC PREMISES IN THE FIELD,” p. 100, 2017.
- [51] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Security Survey for Health Facilities User Manual,” p. 72, 2017.
- [52] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “PROMOCIÓN DE PRÁCTICAS OPERACIONALES MILITARES QUE MEJOREN LA SEGURIDAD DEL ACCESO A LA ASISTENCIA DE SALUD Y DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS,” p. 56, 2015.
- [53] L. M. F. Lorenzo Silva, *Y al final, la guerra*. CRITICA, 2014.
- [54] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “LOS EMBLEMAS DE LA MEDIA LUNA ROJA LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA: Preservar su Poder de Protección y Prevenir su uso indebido,” p. 8, 2016.
- [55] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Emblemas de Humanidad,” p. 8, 2016.
- [56] C. Pérez González, P. Sánchez Herráez, and Ministerio de Defensa de España, “El conflicto palestino- israelí II,” p. 343, 2012.
- [57] I. Dra. Rodríguez Santibáñez, “LOS BIENES PROTEGIDOS POR EL DIH: BIENES CIVILES, SANITARIOS ,RELIGIOSOS, CULTURALES Y OBRAS E INSTALACIONES QUE CONTENGAN FUERZAS PELIGROSAS,” p. 42.
- [58] R. S. Novoa Rebollar, “Derecho Internacional Humanitario Y La Profesión Médica,” p. 43, 2005.
- [59] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Asistencia de salud en peligro: RESPONSABILIDADES DEL PERSONAL DE SALUD QUE TRABAJA EN CONFLICTOS ARMADOS Y EN OTRAS EMERGENCIAS,” p. 111, 2013.
- [60] Escuela militar de Estudios Jurídicos, “Cuaderno Práctico 5,” p. 107, 2011.

- [61] Comité Internacional de la Cruz Roja -CICR-, “Symbols of help, hope and humanity,” p. 12, 2018.

ANEXOS

**ANEXO A: Modelo de encuesta
realizada al personal militar de
distintas escalas, tanto sanitario
como no sanitario.**

MODELO DE ENCUESTA SOBRE DERECHO INTERNACIONAL

A continuación, se le van a realizar 18 preguntas relacionadas con Derecho Internacional, es una encuesta anónima, sólo se pide que indiques a que Escala pertenece, y si es usted personal sanitario o no.

ESCALA: _____

SANITARIO: SI_____ NO_____

1. ¿Sabes lo que significan las siglas DICA? (Sanitario y no sanitario).
 - a. Si
 - b. No
2. ¿Has oído hablar alguna vez de los Convenios o Protocolos de Ginebra? (Sanitario y no sanitario) (Si tus dos respuestas anteriores son negativas, consultar con el entrevistador para poder contestar las siguientes preguntas).
 - a. Si
 - b. No
3. ¿Has recibido alguna formación relacionada con el DICA en su academia de formación (CEFOT, AGBS, AGM...)? (Sanitario y no sanitario).
 - a. Si
 - b. No
 - c. NS/NC
4. ¿Has recibido formación relacionada con el DICA en su estancia en las diferentes unidades en las que ha estado destinado a lo largo de su carrera militar? (Sanitario y no sanitario).
 - a. Si
 - b. No
 - c. NS/NC
5. ¿Has realizado alguna misión internacional, y de ser así, de qué tipo de misión se trata? (Sanitario y no sanitario) (en esta pregunta puede señalar si, hasta tres respuestas si ha realizado los tres tipos de misiones).
 - a. Misión de Estabilización (Afganistán, Bosnia al final, Kosovo)
 - b. Misión de entrenamiento (Iraq, Mali...)
 - c. Misión de mantenimiento de la paz (Líbano, Bosnia)
 - d. Nunca he realizado una misión internacional
6. Si la respuesta anterior ha sido afirmativa. ¿Has recibido formación específica de DICA durante la fase preparatoria de la misma? (Sanitario y no sanitario).
 - a. Si
 - b. No
 - c. NS/NC
7. ¿Conoces tus derechos y obligaciones con la asistencia sanitaria en el DICA para cuando tengas que participar en un conflicto armado? (Sanitario).
 - a. Si
 - b. No
8. ¿Has sufrido alguna situación complicada donde se haya visto involucrado personal sanitario? (Sanitario y no sanitario).
 - a. Si
 - b. No

9. ¿Sabes qué es la Corte Penal Internacional y cuándo actúa? (Sanitario y no sanitario).
- Si
 - No
10. ¿Conoces la OR7-004? (Sanitario y no sanitario).
- Si
 - No
11. ¿Conoces el documento “La normativa de protección y actuación del personal y medios sanitarios en los conflictos armados” de la Inspección General de Sanidad de la Defensa? (Sanitario).
- Si
 - No
12. ¿Has sido informado de las distintas colaboraciones con entidades públicas como Universidades, en las que se imparten conferencias sobre DICA? (Sanitario y no sanitario).
- Si
 - No
13. ¿Qué harías si ves a personal sanitario con armamento ligero, sabrías en qué casos podrías y no podrías atacar? (No sanitario).
- Si
 - No
14. ¿Sabes cuál es el trato debido al personal sanitario retenido, en ese caso, podrías indicar resumidamente cuál es? (Sanitario y no sanitario).
- Si, _____
 - No
15. ¿Conoces al asesor jurídico de tu unidad de destino? (Sanitario y no sanitario).
- Si
 - No
16. ¿Conoces cuál es el nombre de los siguientes emblemas? (Sanitario y no sanitario).
- a.  _____
- b.  _____
- c.  _____
17. ¿Consideras suficiente tu formación respecto al DICA? (Sanitario y no sanitario).
- Si
 - No
18. ¿Crees que es importante introducir la formación en DICA en los programas anuales de instrucción? (Sanitario y no sanitario).
- Si
 - No

RESULTADOS DE LA ENCUESTA

La encuesta ha sido realizada miembros a 30 miembros de la Escala de Tropa y Marinería, 16 de la Escala de Suboficiales del Ejército de Tierra, a 8 de la Escala de Oficiales del Ejército de Tierra, así como a 6 de la Escala de Oficiales del Cuerpo General de Sanidad. A continuación, se mostrarán las estadísticas obtenidas tras la realización de las encuestas a las diferentes preguntas.

Número de pregunta	Escala de Tropa del ET	Escala de Suboficiales del ET	Escala de Oficiales del ET	Escala de Oficiales del Cuerpo General de Sanidad
1	Si:7 No:23	Si:10 No:6	Si:8 No:0	Si:6 No:0
2	Si:7 No:23	Si:12 No:4	Si:8 No:0	Si:6 No:0
3	*	*	*	*
4	*	*	*	*
5	Estabilización: 10 Mantenimiento: 19 Entrenamiento:7 No:11	Estabilización:1 Mantenimiento: 3 Entrenamiento: 2 No:11	Estabilización: 2 Mantenimiento:3 Entrenamiento: 2 No:5	Estabilización:2 Mantenimiento: 1 Entrenamiento: 1 No:3
6	*	*	*	*
7	*	*	*	*
8	Si:0 No:30	Si:0 No:16	Si: 0 No: 8	Si: 2 No: 4
9	*	*	*	*
10	*	*	*	*
11	-	-	-	Si:6 No:0
12	*	*	*	*
13	Si: 4 No: 26	Si: 15 No: 1	Si: 8 No: 0	-
14	Si:22 No: 8	Si: 16 No: 0	Si: 8 No:0	Si: 6 No: 0
15	*	*	*	*
16	Cruz Roja:30 Media Luna Roja: 30 Cristal Rojo: 2	Cruz Roja:16 Media Luna Roja: 16 Cristal Rojo: 7	Cruz Roja:8 Media Luna Roja: 8 Cristal Rojo: 8	Cruz Roja:6 Media Luna Roja: 6 Cristal Rojo:6
17	Si: 2 No: 18	Si: 4 No: 12	Si: 1 No: 7	Si: 0 No: 6
18	Si: 30 No:0	Si: 16 No: 0	Si: 8 No: 0	Si: 6 No: 0

(*) Información confidencial.

(-) La pregunta no se le ha realizado por no ser de su especialidad.

ANEXO B: Información a añadir en el Manual de Área del personal no sanitario de las FAS.

1. Personal sanitario

- a. Consideraciones generales:
 - i. Todo aquel que se dedique a cualquier actividad sanitaria (Medicina, enfermería, fisioterapia, transporte, etc.).
 - ii. Incluido todo el personal de una instalación o unidad sanitaria (mecánicos, cocineros, administrativos, etc.).
 - iii. Ha de pertenecer a Sanidad Militar, Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, Servicios de Protección Civil y cualquier otro reconocido por los Estados.
 - iv. Puede ser militar o civil.
 - v. Puede ser permanente o temporal.
 - vi. Se ha de dedicar exclusivamente a la asistencia sanitaria.
 - vii. Debe ir debidamente identificado (signos distintivos, señales visuales, etc.).
- b. Derechos que deben ser respetados:
 - i. Ha de ser respetado y protegido en todo momento, además de que se le ha de facilitar su labor.[57]
 - ii. Puede ser retenido, pero no capturado, sólo puede ser usado para asistencia sanitaria de tropas propias y prisioneros de guerra y durante el mínimo tiempo imprescindible. Existen supuestos donde tampoco pueden ser retenidos, por lo que serán devueltos lo más rápido posible en los siguientes casos:
 - Miembros de Estados Neutrales.
 - Miembros del CICR.
 - Miembros de buques-hospitales.
 - iii. No puede ser obligado a realizar otra labor que la sanitaria.
 - iv. No puede ser sancionado por realizar su cometido.
 - v. No puede ser obligado a facilitar información confidencial.
 - vi. No puede ser obligado a actuar en contra de su ética médica.
 - vii. Pueden portar armamento en los siguientes casos[34]:
 - Para su propia defensa, pero sólo armamento ligero.
 - El de los heridos o enfermos que aún no se ha devuelto a quien se deba hacer.
 - Pueden disponer de protección mediante piquetes o centinelas.

2. Unidades Sanitarias

- a. Consideraciones generales:
 - i. Cualquiera que se dedique a actividades sanitarias (hospitales, centros de transfusión, etc.).
 - ii. Civiles o militares.
 - iii. Temporales o permanentes.
- b. Derechos que deben ser respetados[58]:
 - i. No pueden ser atacadas, excepto cuando se reciban ataques desde la misma, previa intimación de que cesen en su actitud.
 - ii. No puede ser usada con fines militares ni servirse de su protección.
 - iii. Sólo se podrá requisar lo indispensable para a asistencia de heridos y prisioneros de guerra propios.

3. Identificación del personal e instalación sanitaria.

- a. Emblema distintivo (Cruz Roja, Media Luna Roja o Cristal Rojo), deberá ir visible.
- b. Señales distintivas: salvo acuerdo en contrario, será luz azul destellante.
- c. Si van camufladas o enmascaradas y sea imposible su identificación, perderán su protección legal.

4. Sanciones en caso de incumplimiento.

- a. Puede ser sancionado por las siguientes normas y órganos como delitos o faltas:
 - i. Corte Penal Internacional.
 - ii. Código Penal Español.
 - iii. Código Penal Militar.
 - iv. Ley Orgánica de Régimen Disciplinario de las Fuerzas Armadas.
 - v. Reales Ordenanzas de las Fuerzas Armadas.
- b. Ante cualquier duda consultar con su superior jerárquico, en su defecto, al asesor jurídico del contingente.

ANEXO C: Información a añadir en el Manual de Área del personal sanitario de las FAS.

1. DERECHOS DEL PERSONAL SANITARIO EN LOS CONFLICTOS ARMADOS[59]

Los derechos y obligaciones recogidas en este apartado se aplican tanto a personal militar como civil. Para que, tanto el personal sanitario como las instalaciones sanitarias puedan hacer uso de sus derechos, deben cumplir una serie de condiciones, recogidas en el *artículo 12* del GPI:

- Ha de pertenecer a una de las partes del conflicto, pudiendo pertenecer a un Estado neutral o cualquier otro Estado que no forme parte del conflicto, siempre con la autorización de las partes en conflicto.
- Ha de estar reconocida y autorizada por la autoridad competente de una de las partes en el conflicto.
- No puede ser utilizada para ninguna otra finalidad que no sea la sanitaria, incluso si se trata de una unidad sanitaria militar, no puede ser usada con fines de combate ni como medio de protección de objetivos militares, las Partes en conflicto se asegurarán de que se cumpla esta obligación.
- El personal e instalaciones sanitarias deberán estar bien identificadas (art 18 GPI) de acuerdo con la legislación internacional, y han de portar en todo momento tanto los signos distintivos como la documentación que los acredeite.

Los derechos de los que goza el personal sanitario son indivisibles a sus deberes, por lo tanto, para poder beneficiarse de estos derechos, también debe cumplir con sus obligaciones en materia de DICA, sus derechos están recogidos en los *artículos 15 y 16 GPI, 9, 10 y 11 GPII* y son los siguientes:

- Debe ser respetado y protegido, y no puede ser atacado, excepto cuando él ataque primero. (*arts. 24 al 27 GI, 36 y 37 GII, 20 GIV, 15, 62 y 67 GPI y 9 GPII*).
- Se le proporcionará toda la ayuda que sea necesaria (*art 9 GPII*).
- La potencia ocupante no podrá exigir que priorice en el tratamiento a determinadas personas, salvo por razones de orden médico (*art 9 GPII*).
- No pueden ser obligados a realizar tareas que no sean propias de su misión sanitaria, contrarias a su deontología o a la ética médica, ni abstenerse de realizar actos que les exijan los Convenios y Protocolos Internacionales o demás normas que le sean aplicables. (*art 9 GPII*).
- No podrá ser castigado por haber ejercido una actividad médica, sin importar las circunstancias y los sujetos beneficiados por ello (*art 10 GPII*).
- No pueden ser obligados a facilitar información alguna de heridos o enfermos a los que haya asistido o que disponga información, violando su obligación de secreto profesional, excepto en casos de extrema gravedad, por ejemplo, cuando existan enfermedades transmisibles.
- No puede ser capturado, sin perjuicio de que pueda ser retenido, para asistir a los prisioneros de guerra, durante el tiempo imprescindible.
- No puede ser obligado a renunciar a sus derechos, aunque éstos si pueden ser mejorados y controlados (*arts. 15 y 28 GI, 18 GII, 33 GIII y 15 GPI*).
- No puede ser obligado a alistarse ni ser usado como propaganda.

2. DEBERES DEL PERSONAL SANITARIO EN LOS CONFLICTOS ARMADOS

La especial protección que otorga el DICA ha de recibir una contraprestación por parte del personal sanitario, éstos deben cumplir una serie de requisitos u obligaciones que, en caso de no hacerlo, supondrá la pérdida inmediata de la protección.

Estos deberes se encuentran regulados en todos los Convenios y Protocolos Adicionales de Ginebra, agrupándose en los siguientes:

- Tratar humanamente a todos los enfermos y heridos (*arts. 3 y 12 GI-GII, 13 GIII, 27 GIV, 10 GPI y 4 y 7 GII*).
- Respetar los principios de la ética médica (*arts. 16 GPI y 10 GII*).
- Deben respetar los deseos de los heridos y enfermos, los cuales pueden rechazar la asistencia médica o cualquier intervención quirúrgica (*art 11 GPI*).
- No podrá realizar actos médicos ilegales, torturas, ni ningún tipo de experimento con las personas a las que trate (*art 11 GPI, 2 y 12 GI, 3 y 13 GIII, 3 y 32 GIV*).
- Tratar con humanidad a todas las personas (*arts. 3 y 12 GI, GII, 3, 13 y 14 GIII, 3, 16 y 27 GIV, 10 y 75 GPI y 4, 5 y 7 GII*).
- No realizar represalias ni consentirlas contra heridos o enfermos (*arts. 46 GI, 47 GII, 13 GIII, 33 GIV y 20, 51, 54, 55 y 56 GPI*).
- Deberán abstenerse de realizar cualquier otra actividad que no esté relacionada con la profesión sanitaria, ni usar sus instalaciones para otros fines que los sanitarios, si esto ocurriese, conllevará la pérdida inmediata de la protección.
- Se abstendrá de realizar ataques o cualquier acto hostil contra el enemigo
- No usará las instalaciones y medios militares para otros fines que para la prestación de la asistencia sanitaria.
- Deberá portar en todo momento y en un lugar visible, los signos distintivos que le identifican como personal sanitario.

3. PÉRDIDA DE LA PROTECCIÓN DEL DICA

Si bien no existe una definición jurídica generalmente acordada de “actos hostiles”, se suele interpretar que el personal, las instalaciones y los transportes sanitarios no deben participar en forma alguna en las operaciones militares de una parte en el conflicto. Algunos ejemplos son:

- Disparar contra un adversario en combate, es decir, con otro propósito que no sea la defensa propia.
- Utilizar las instalaciones sanitarias para proteger a combatientes sanos.
- Utilizar las instalaciones sanitarias para almacenar armas y municiones (además de armas pequeñas y municiones que se encontraran allí temporalmente, sustraídas a militares heridos y enfermos y que no pudieron todavía entregarse a las autoridades competentes).
- Utilizar las instalaciones sanitarias como puesto de observación militar o como centro de mando y control.
- Utilizar las instalaciones sanitarias para proteger acciones militares.
- Utilizar medios de transporte sanitarios para trasladar combatientes sanos, armas o municiones o para recabar y transmitir información de valor militar.

Sin embargo, por lo general no se entiende que ciertos actos constituyan “actos hostiles, al margen de su función humanitaria”:

- Portar armas ligeras individuales (es decir, armas que una persona porta y opera fácilmente) estrictamente para su defensa propia o la de los heridos o los enfermos a su cargo contra violencia ilegítima dirigida hacia ellos proveniente, por ejemplo, de saqueadores.
- La escolta o guardia por personal militar o combatientes, a quienes solo se les permite portar armas ligeras individuales estrictamente con fines de protección, según se consignó en el punto anterior (en consecuencia, la obligación de proteger, en la medida en que implique ir en ayuda del personal sanitario en caso de necesidad, no excluye en circunstancias excepcionales recurrir a la “protección armada” por parte de personal militar o combatientes que actúan como escoltas o guardias armados).
- La posesión de armas pequeñas y las municiones que se les hayan quitado a los heridos y los enfermos y que aún no se hayan devuelto a la autoridad competente.
- La presencia de combatientes en un centro sanitario exclusivamente por razones médicas.

ANEXO D: Algunos de los países firmantes de los Convenios y Protocolos Internacionales

Country	GI-GIV 1949	GPI 1977	GPII 1977	GPIII 2005	ESTATUTO DE ROMA (CPI) 1998
<u>ALGUNOS PAISES DE LA UNIÓN EUROPEA</u>					
Belgium	03.09.1952	20.05.1986	20.05.1986	12.05.2015	28.06.2000
Bulgaria	22.07.1954	26.09.1989	26.09.1989	13.09.2006	11.04.2002
Estonia	18.01.1993	18.01.1993	18.01.1993	28.02.2008	30.01.2002
Finland	22.02.1955	07.08.1980	07.08.1980	14.01.2009	29.12.2000
France	28.06.1951	11.04.2001	24.02.1984	17.07.2009	09.06.2000
Germany	03.09.1954	14.02.1991	14.02.1991	17.06.2009	11.12.2000
Greece	05.06.1956	31.03.1989	15.02.1993	26.10.2009	15.05.2002
Hungary	03.08.1954	12.04.1989	12.04.1989	15.11.2006	30.11.2001
Ireland	27.09.1962	19.05.1999	19.05.1999		11.04.2002
Italy	17.12.1951	27.02.1986	27.02.1986	29.01.2009	26.07.1999
Lithuania	03.10.1996	13.07.2000	13.07.2000	28.11.2007	12.05.2003
Luxembourg	01.07.1953	29.08.1989	29.08.1989	27.01.2015	08.09.2000
United Kingdom of Great Britain and Northern Ireland*	23.09.1957	28.01.1998	28.01.1998	23.10.2009	04.10.2001
Netherlands	03.08.1954	26.06.1987	26.06.1987	13.12.2006	17.07.2001
Poland	26.11.1954	23.10.1991	23.10.1991	26.10.2009	12.11.2001
Portugal	14.03.1961	27.05.1992	27.05.1992	22.04.2014	05.02.2002
Spain	04.08.1952	21.04.1989	21.04.1989	10.12.2010	24.10.2000
Sweden	28.12.1953	31.08.1979	31.08.1979	21.08.2014	28.06.2001
<u>PAISES DONDE ESPAÑA ESTÁ DESPLEGADA</u>					
Afghanistan	26.09.1956	10.11.2009	10.11.2009		10.02.2003
Central African Republic	01.08.1966	17.07.1984	17.07.1984		04.10.2001
Chad	05.08.1970	17.01.1997	17.01.1997		01.11.2006
Iraq	14.02.1956	01.04.2010			
Latvia	24.12.1991	24.12.1991	24.12.1991	02.04.2007	28.06.2002
Lebanon	10.04.1951	23.07.1997	23.07.1997		
Mali	24.05.1965	08.02.1989	08.02.1989		16.08.2000
Somalia	12.07.1962				
Turkey	10.02.1954				

Country	GI-GIV 1949	GPI 1977	GPII 1977	GPIII 2005	ESTATUTO DE ROMA (CPI) 1998
<u>PAISES DE LOS ACTUALES CONFLICTOS ARMADOS</u>					
Israel	06.07.1951			22.11.2007	
Libya	22.05.1956	07.06.1978	07.06.1978		
Myanmar	25.08.1992				
Nicaragua	17.12.1953	19.07.1999	19.07.1999	02.04.2009	
Palestine	02.04.2014	02.04.2014	04.01.2015	04.01.2015	02.01.2015
Sierra Leone	10.06.1965	21.10.1986	21.10.1986		15.09.2000
South Sudan	25.01.2013	25.01.2013	25.01.2013	25.01.2013	
Syrian Arab Republic	02.11.1953	14.11.1983			
Ukraine	03.08.1954	25.01.1990	25.01.1990	19.01.2010	
Venezuela	13.02.1956	23.07.1998	23.07.1998		07.06.2000
Yemen	16.07.1970	17.04.1990	17.04.1990		
<u>CASOS DE ESPECIAL MENCIÓN</u>					
China	28.12.1956	14.09.1983	14.09.1983		
Democratic People's Republic of Korea	27.08.1957	09.03.1988			
India	09.11.1950				
Indonesia	30.09.1958				
Islamic Republic of Iran	20.02.1957				
Pakistan	12.06.1951				
Russian Federation	10.05.1954	29.09.1989	29.09.1989		
Switzerland**	31.03.1950	17.02.1982	17.02.1982	14.07.2006	12.10.2001
United States of America	02.08.1955			08.03.2007	
Viet Nam	28.06.1957	19.10.1981			
Country	GI-GIV 1949	GPI 1977	GPII 1977	GPIII 2005	ESTATUTO DE ROMA (CPI) 1998
TOTAL (196 countries)	196	174	168	74	123

* The United Kingdom still belongs to the EU, but it is in the process of separation (BREXIT).

** Switzerland has signed them all because it was the country that created the initiative

Fuente: Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR).

