



Reafirmar la protección específica para hospitales según el DIH

junio 10, 2025, Análisis / Conducción de hostilidades / DIH / Fomentar el respeto del DIH / Protecciones especiales / Salud

19 mins read



Supriya Rao

Asesora jurídica del CICR



Alexander Breitegger

Asesor jurídico del CICR



Kivu Norte, Walikale, hospital general de referencia. El equipo de un cirujano en el único hospital de la región realiza una intervención.

En los conflictos armados de hoy en día, crecen los ataques contra hospitales y su uso indebido con fines militares. Estas acciones socavan uno de los principios protectores fundamentales del derecho internacional humanitario y tienen consecuencias catastróficas para quienes cuentan con esas instituciones para obtener o brindar atención vital, desde los pacientes y el personal médico hasta comunidades enteras. Cuando un hospital queda deteriorado o deja de funcionar, cesan servicios críticos como la atención pediátrica o las unidades de cuidados intensivos, lo que a menudo tiene resultados fatales. Pese a disposiciones legales claras que garantizan la protección de los hospitales, los casos concretos indican que a veces se los utiliza indebidamente con fines militares, lo que a menudo desencadena ataques contra ellos. En muchos casos, se pasan por alto deliberadamente los principios medulares del derecho internacional humanitario (DIH) o se los aplica de modo muy laxo y así se pone en peligro la noción misma de que todas las partes de un conflicto deben brindar protección específica a los hospitales en su carácter de refugios neutrales.

En este artículo, Supriya Rao y Alex Breitegger, asesores jurídicos del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), repasan las disposiciones específicas del DIH sobre protección de hospitales y concluyen que son sólidas y completas, y que se fundamentan en la presunción de neutralidad de la organización, supuesto que solo finiquita en ciertos casos definidos con precisión. Aun en los casos de uso indebido, las partes involucradas deben emitir una advertencia previa y dar tiempo para que el uso indebido cese. El ataque es el último recurso, aplicable solamente si el hospital en cuestión cumple con la definición de objetivo militar e, incluso en este último caso, rigen al respecto las normas de proporcionalidad y precaución. Es fundamental atenerse a este encuadre para garantizar que los heridos y los enfermos reciban atención, y para lograr que los principios humanitarios perduren aun en medio de los horrores de la guerra.

ICRC Humanitarian Law & Policy Blog - Reaffirming IHL's specific protection of hospitals

Imaginemos esta situación de conflicto armado: después de un brusco incremento de las hostilidades, un misil cae sobre el hospital general de la capital, emplazado en el centro de la ciudad. Ese hospital, que es fundamental para la supervivencia de la comunidad, proporcionaba servicios médicos especializados, entre ellos una sala pediátrica muy reconocida por los servicios vitales que prestaba, una unidad de cardiología y otra de cuidados intensivos. Las fuerzas de la oposición reivindican la autoría del ataque diciendo que se hacía un uso militar indebido de las instalaciones y alegan que el hospital servía como puesto de observación militar. Las autoridades del hospital y las fuerzas gubernamentales niegan enérgicamente esa acusación e inquieren por qué el adversario no emitió la intimación correspondiente para que cesaran los actos indebidos, si es que los hubo realmente.

El ataque en cuestión tuvo consecuencias humanitarias calamitosas: murieron doce pacientes y quince miembros del personal de salud; hubo decenas de heridos graves y las unidades de pediatría y cardiología quedaron destruidas. Si bien las autoridades pudieron evacuar al 90 % de los 600 pacientes internados, 20 pacientes en estado crítico fallecieron en el camino hacia otras instalaciones hospitalarias o poco después porque no fue posible darles la atención que necesitaban con urgencia.

Casi un año más tarde. Partes del hospital fueron reparadas y reequipadas; el hospital vuelve a atender en forma parcial. Despues de una pausa en la lucha, se reanudan las hostilidades en la zona. De nuevo, las fuerzas de la oposición incursionan en el hospital y justifican sus acciones aduciendo que a esa institución ya no le cabe la protección que se confiere a las unidades médicas porque, según se alega, el uso hostil indebido de las instalaciones continuó, de modo que ya no se reconoce su condición de servicio sanitario.

Lamentablemente, no se necesita demasiada imaginación para sospechar cómo se desenvuelven tales ataques en situaciones reales de conflicto: sucesos como los recién descriptos se han convertido, por desgracia, en el sello característico de las guerras contemporáneas y tienen consecuencias funestas para los pacientes y para poblaciones enteras, desprovistas como quedan de unidades sanitarias que probablemente no se restablecerán en el futuro inmediato.

Los ataques repetidos y otros actos que interfieren con el funcionamiento médico, así como el uso indebido de hospitales con fines militares, atentan contra los principios fundacionales del DIH. El primer Convenio de Ginebra de 1864 ya contenía normas específicas para proteger los hospitales. Desde entonces, esas normas fueron pulidas y codificadas de manera más completa en los Convenios de Ginebra de 1949, en los Protocolos Adicionales de 1977 y en el DIH consuetudinario^[1]. La lógica que sustenta tales disposiciones es clara: los hospitales deben estar protegidos porque son refugios en los que se brinda atención vital a personas heridas y enfermas, cualquiera sea el bando del conflicto al cual pertenezcan. Solo en circunstancias muy poco frecuentes y excepcionales esas instituciones pueden perder la protección de que gozan aunque, no obstante, este principio fue cuestionado en muchos conflictos recientes y otros en curso.

Puesto que la protección específica que tienen los hospitales se desestima cada vez más en los conflictos armados de hoy en día, en el marco de su *iniciativa mundial sobre DIH*, el CICR se propone analizar las líneas principales que definen esta protección específica. El objetivo del CICR es lograr que se conozcan y comprendan mejor las normas del DIH que confieren protección especial a la infraestructura y al personal de salud, y respaldar a los Estados y otras partes involucradas en conflictos armados para que apliquen esas normas ratificando su intención humanitaria.

En los párrafos que siguen se esbozan las principales dificultades jurídicas y operacionales que se oponen a la protección específica de los hospitales en el curso de los conflictos contemporáneos. Con el grupo de trabajo sobre protección efectiva de los hospitales durante conflictos armados, el CICR procura que los Estados y los expertos se comprometan a encarar estos temas apremiantes.

Protección específica para los hospitales y otras unidades sanitarias

Conforme al DIH, los hospitales y demás unidades sanitarias civiles o militares gozan de una protección específica que excede la protección general otorgada a otros bienes civiles. Ese nivel alto de protección asegura que las instalaciones de salud continúen funcionando cuando son más necesarias y que puedan brindar atención médica vital a las personas heridas y enfermas. Las partes en un conflicto armado están obligadas a “respetar y proteger los hospitales y otras unidades sanitarias en todas las circunstancias”. *Respetar* significa que las partes beligerantes no solo deben abstenerse de atacar unidades sanitarias, sino que deben también evitar cualquier tipo de interferencia militar con sus funciones específicas o hacer uso indebido de las instalaciones con fines militares. *Proteger* significa que las partes beligerantes deben tomar todas las medidas concretas factibles para facilitar el funcionamiento de las unidades médicas y protegerlas de cualquier daño, como el pillaje por parte de terceros.

Si bien el DIH confiere a los hospitales uno de los niveles más altos de protección contra ataques y contra su uso militar, no prohíbe categóricamente su uso militar ni su elección como objetivo de ataques. No obstante, cualquier uso militar aceptable de unidades sanitarias exige un umbral altísimo, solo justificable en casos de necesidad militar imperiosa, y permisible exclusivamente si se toman disposiciones para garantizar la atención ininterrumpida de los heridos y los enfermos^[2]. Aun en este último caso, ciertos usos de las unidades sanitarias están estrictamente prohibidos en todas las circunstancias, por ejemplo, el uso

indebidamente de un hospital como escudo de un objetivo militar^[3]. Según las circunstancias, el uso de unidades sanitarias con fines militares puede ser equivalente a violar específicamente otras normas del DIH, como la obligación de respetar y proteger las unidades sanitarias; la de tomar precauciones pasivas; la de no hacer uso abusivo de emblemas distintivos de unidades sanitarias, como la cruz roja, la media luna roja o el cristal rojo, y la de no cometer perfidia.

Pérdida de la protección específica y sus consecuencias

A fin de asegurar la máxima protección posible para las unidades sanitarias, el DIH establece que solo pierden la protección especial de que gozan cuando se cumplen tres condiciones de carácter acumulativo. Primera condición: la unidad en cuestión fue utilizada para cometer, al margen de su función humanitaria, actos perjudiciales para el enemigo. Segunda condición: la unidad en cuestión recibió una intimación que fijaba –cuando así procediera– un plazo razonable para detener esos actos. Tercera condición: si dicha intimación no surte efecto, cesa la protección especial conferida a la unidad.

Las condiciones recién expuestas plantean una pregunta crucial: ¿qué actividades cumplen los requisitos necesarios para categorizarlas como “actos perjudiciales para el enemigo”? Las disposiciones relativas a los tratados de DIH no proporcionan una lista de tales actos, pero la práctica de los Estados puede ser una guía. Entre los actos considerados perjudiciales para el enemigo, podemos citar los siguientes: disparar contra el enemigo con cualquier otro motivo que no sea la propia defensa; emplazar una estación de tiro en una unidad sanitaria; utilizar un hospital como refugio para combatientes sanos, como depósito de armas o municiones, o como puesto de observación militar; emplazar una unidad sanitaria cerca de un objetivo militar con la intención de protegerlo así de operaciones militares del enemigo. El CICR interpretó en varios documentos que la expresión “actos perjudiciales para el enemigo” se refiere a “actos cuya finalidad o cuyo efecto es perjudicar a la Parte adversa facilitando o impidiendo operaciones militares”, formulación que abarca el uso de una unidad sanitaria para interferir directa o indirectamente con operaciones militares^[4].

La amplitud aparente de la definición anterior debe interpretarse en paralelo con las disposiciones explícitas del derecho de los tratados del DIH acerca de las acciones que *no* constituyen actos perjudiciales para el enemigo, entre ellas, el hecho de que el personal de la unidad esté dotado de armas ligeras individuales para su defensa propia o la de los heridos y enfermos a su cargo; la custodia de la unidad por un piquete, por centinelas o por una escolta; el hecho de que en la unidad se encuentren armas portátiles y municiones recogidas a los heridos y enfermos, no entregadas aún al servicio competente; la presencia en unidades sanitarias civiles, por razones médicas, de miembros de las fuerzas armadas u otros combatientes.

Aunque esta lista parcial ayuda a precisar qué hechos se podrían considerar actos perjudiciales para el enemigo, la falta de una definición o de una lista exhaustiva en el derecho de los tratados según el DIH da lugar a ambigüedades. Se crea así una situación peligrosa: por un lado, no hay gran dificultad en utilizar las unidades sanitarias con fines militares y, por el otro, los atacantes pueden esgrimir acusaciones difíciles de refutar de que se han cometido actos de esa índole. El problema se agrava porque en la actualidad en las fuerzas armadas no hay transparencia sobre información crucial de diverso orden: si al proyectar procedimientos operativos estándar y planes de operación se procuró evitar, en la medida de lo posible, actividades militares en unidades sanitarias; si dichos procedimientos y planes prevén situaciones excepcionales que pueden justificar tales actividades y si las limitaciones establecidas siguen aplicándose aun en esos caos; si esos criterios se utilizan para evaluar cuándo una unidad sanitaria se emplea para cometer actos perjudiciales para el enemigo; precisar cuáles son los procedimientos vigentes para determinar las consecuencias de dicha evaluación, entre ellos, comunicarse con el adversario y con quienes están a cargo de las unidades de salud para encarar esos casos. Concretamente, la existencia de documentos y procedimientos militares de este tenor coadyuvaría a que las partes beligerantes cumplieran sus obligaciones con respecto a las unidades médico-sanitarias.

Es importante subrayar que, según el marco protector del DIH, el uso indebido de un hospital para cometer actos perjudiciales contra el enemigo no lo convierte automáticamente en un objetivo militar legítimo. Antes de cualquier ataque, de conformidad con el principio de distinción del DIH, la parte que evalúe una acción de ese tipo tiene que determinar si, a causa de tal uso indebido, el hospital en cuestión cumple alguno de los dos requisitos establecidos en la definición de objetivo militar contenida en el artículo 52(2) del Protocolo adicional I.

La intimación previa, resguardo contra las respuestas militares por cese de la protección especial

Sin embargo, después de que una de las partes haya determinado la existencia de actos perjudiciales en su contra y antes de emprender cualquier respuesta militar, esa parte deberá lanzar una intimación que fije, cuando proceda, un plazo razonable para detener dichos actos. La protección especial cesará únicamente después de que la intimación no surta efecto.^[5] A diferencia de las advertencias requeridas como parte de las precauciones vinculadas con otros objetos civiles, las cuales pueden obviarse cuando las circunstancias militares así lo exigen, no se puede prescindir de esta intimación previa que resguarda las unidades sanitarias. En este caso, la finalidad de la advertencia es diferente: intenta proporcionar un amparo adicional para evitar las gravísimas consecuencias que cualquier respuesta militar causada por la pérdida de protección pueda tener para los pacientes, el personal sanitario y las instalaciones mismas. Antes que a la sorpresa táctica –que se pierde cuando el adversario está advertido del ataque–, la intimación previa da prioridad a la comunicación con quienes cometen actos perjudiciales para el enemigo, de modo que sea posible detener esos actos y evacuar a las personas protegidas. Cuando cesan los actos perjudiciales para el enemigo, la prohibición de emprender respuestas militares contra una unidad sanitaria es absoluta.

La intimación tendría que dar cabida a acuerdos para garantizar, cuando sea posible, una evacuación sin riesgo de los pacientes, en previsión de una respuesta militar inminente. Por último, tendría que permitir que se verifiquen las acusaciones de actos perjudiciales para el enemigo y que se corrija cualquier error en este sentido. En la práctica, surgen preguntas como las siguientes: ¿Quiénes son los destinatarios de la intimación? ¿Cómo establecer la comunicación con el destinatario? ¿Cuáles son los canales de comunicación más eficientes en este caso? ¿Qué factores determinan el plazo conveniente para cumplir con la intimación y cómo evaluar su cumplimiento?

Minimizar el impacto de cualquier respuesta militar a la pérdida de protección especial

Aun cuando un hospital pierda la protección especial de que goza y quede expuesto a ataques, las partes beligerantes tienen obligación de recoger y atender a los heridos y los enfermos, obligación imposible de cumplir si las instalaciones sanitarias no funcionan. Cabría aducir que esa amplía obligación de atender a las personas heridas y enfermas impone una restricción que se suma a las normas de proporcionalidad y precaución, favoreciendo así la preservación de las funciones médicas incluso cuando los hospitales puedan quedar expuestos a ataques.

Surgen así diversos interrogantes, por ejemplo, en qué medida los daños inmediatos y el impacto a largo plazo para la población local se toman en cuenta para evaluar la proporcionalidad, dado que pocos establecimientos del sistema de salud brindan servicios especializados vitales como los de maternidad, de pediatría o unidades de cuidado intensivo. Con respecto a las precauciones, ¿cómo evitar y, en todo caso, minimizar los daños incidentales causados a unidades sanitarias que afectan la atención de los pacientes, como interrupciones del suministro de electricidad y de agua, interrupción de las rutas de acceso de los pacientes, de los proveedores de servicios de salud y los proveedores de suministros médicos? A este respecto, ¿se tendrían que evitar ciertos medios y métodos de guerra para cumplir con la obligación de tomar todas las precauciones posibles en un ataque? ¿Existen buenas prácticas para organizar la evacuación del personal médico y de los pacientes –incluso los que están en sala de recuperación quirúrgica y los de cuidados intensivos, así como los que tienen riesgos especiales o necesidades específicas– de modo de garantizar que sigan recibiendo atención médica?

Por último, si una unidad sanitaria fue utilizada para cometer actos perjudiciales contra el enemigo, pero, con posterioridad, se restauran allí los servicios médicos, surge otra pregunta: ¿podría esa unidad recobrar en ese caso la protección especial?

La renovación de la protección especial es aconsejable desde un punto de vista humanitario para que los heridos y los enfermos puedan recibir sin obstáculos la atención médica que necesitan^[6]. Además, hay otro argumento a favor del carácter transitorio de la protección específica: en el curso de las hostilidades, un objeto puede pasar del estatuto de bien civil al de objetivo militar según las circunstancias que primen. Por lo tanto, un hospital puede categorizarse como objetivo militar durante el período en que cumple con los criterios característicos de un “objetivo militar”. Posteriormente, cuando tales condiciones dejan de existir, la unidad deja de ser un “objetivo militar” y goza de nuevo de una protección especial contra ataques.

Ahora bien, si un hospital se usa reiteradamente para cometer actos perjudiciales contra el enemigo, ¿recupera automáticamente la protección específica cada vez que esos actos se detienen? Algunos sostienen que, en algún momento, la reiteración del uso indebido justifica la categorización permanente de la unidad como objetivo militar. Aun en estos casos, no debería descartarse categóricamente la posibilidad de recuperar la protección especial. No obstante, en la práctica, la reiteración del uso indebido puede minar la confianza del enemigo y estorbar la protección que está obligado a ofrecer. Se plantea en ese caso una cuestión crítica: ¿qué indicios fácticos necesitaría la parte adversa para estar segura de que, a partir de ese momento, el hospital se dedicará exclusivamente a fines sanitarios? No basta con reanudar los servicios médicos para recuperar la protección específica que se confiere a las unidades sanitarias: es necesario reconstruir la confianza en la función exclusivamente humanitaria del hospital, principio medular del DIH.

Referencias

^[1] Convenio de Ginebra I para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña, 12 de agosto de 1949 (“CG I”), arts. 19, 21 y 22; Convenio de Ginebra IV relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra, 12 de agosto de 1949 (“CG IV”), arts. 18 y 19; Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I), 8 de junio de 1977 (“PA I”), arts. 12 y 13. Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de conflictos armados sin carácter internacional (Protocolo II), del 8 de junio de 1977 (“PA II”), art. 11; CICR, Estudio del CICR sobre el DIH consuetudinario: <https://ihl-databases.icrc.org/es/customary-ihl/rules>, norma 28, aplicable a conflictos armados internacionales y no internacionales.

^[2] CG I, art. 33(2).

^[3] PA I, art. 12(4); CICR, Comentario del PA I, art. 12, párr. 540; V. las explicaciones que se proporcionan en el Estudio del CICR sobre el DIH consuetudinario, norma 28.

^[4] CICR Comentario actualizado (2016) al CG I, art. 21, párr. 1840; CICR Comentario (1987) sobre el art. 13, PA I, párr. 550.

^[5] CG I, art. 21; CG IV, art. 19; PA I, art. 13(1); PP II, art. 11(2); V. las explicaciones que se proporcionan en el Estudio del CICR sobre el DIH consuetudinario, norma 28.

^[6] ICRC updated Commentaries (2016) to GC I Art. 21, párr. 1856.

Tags: conducción de hostilidades, Conflicto armado, Convenios de Ginebra, Cumplimiento, derecho internacional humanitario, DIH, respetar el DIH

You should also read these articles





Un campo de batalla cambiante: tecnología, tácticas, y límites cada vez más difusos en el ámbito de la guerra

⌚ 16 mins read

Análisis / Conducción de hostilidades / DIH / Fomentar el respeto del DIH / Protecciones especiales / Salud Ruben Stewart

La integración cada vez mayor de tecnologías emergentes en los conflictos armados está transformando no ...



Del desencanto a una cultura universal de cumplimiento: educación en DIH “2.0”

⌚ 18 mins read

Análisis / Conducción de hostilidades / DIH / Fomentar el respeto del DIH / Protecciones especiales / Salud

Etienne Kuster, Jonathan Somer, Catherine Gribbin, Thomas Harper & Charlotte Tocchio

Dado que la opinión pública es fundamental para el proceso de toma de decisiones durante ...