



Ataques contra la misión médica: identificación de problemas y buenas prácticas

mayo 21, 2026, Análisis / Asistencia de salud / DIH / Preservar la humanidad en la guerra: la Global IHL Initiative

15 mins read



Claude Maon

Directora Jurídica,
Departamento Jurídico
Interseccional de MSF



Los ataques contra hospitales se han vuelto una constante en casi todos los conflictos armados de la última década. Esa realidad que los profesionales médicos del ámbito humanitario presenciaron y denunciaron durante años se ha normalizado de manera alarmante. El derecho internacional humanitario (DIH) en ocasiones es objeto de críticas por no proteger el propósito mismo que justificó su propia existencia, especialmente cuando los Estados responsables de aplicarlo continúan demostrando falta de capacidad o de voluntad para defender la protección de las instalaciones médicas durante conflictos armados.

En este artículo, Claude Maon, directora jurídica de Médicos Sin Fronteras (MSF), destaca la necesidad de alcanzar un consenso con respecto a la protección especial de la misión médica en el marco del DIH. Insta a interpretar estas normas en buena fe a la hora de

aplicarlas para asegurar la protección efectiva de los hospitales por parte de todos los actores involucrados en situaciones reales de ataque. Al hacerlo, subraya que los ataques contra hospitales son evitables y sostiene que esta persistente tendencia a incurrir en violaciones solo puede revertirse si los Estados respetan el derecho adoptando buenas prácticas operacionales para proteger la misión médica, además de asegurar la rendición de cuentas por los ataques que afecten a instalaciones médicas durante conflictos armados.

Los numerosos ataques infligidos contra hospitales en los últimos diez años, y los debates suscitados en torno a ellos, han vuelto a centrar la atención en las limitadas excepciones que son jurídicamente admisibles en virtud del derecho internacional humanitario. Enfatizan la necesidad de resistirse a caer en interpretaciones oportunistas o “permisivas” de esas excepciones tan limitadas con el fin de evitar que sustituyan a las normas que otorgan protección especial a las instalaciones médicas, y de abordar las prácticas militares que provocan, facilitan o tratan de legitimar esos ataques.

Los debates sobre la protección de instalaciones médicas que tienen lugar actualmente bajo los auspicios de la Iniciativa Mundial para impulsar el compromiso político con el DIH siguen llegando a una conclusión obvia y, en gran medida, indiscutible: los hospitales gozan de protección especial y, por ende, deben ser respetados y protegidos en contextos de conflicto armado.

No obstante, el problema fundamental radica en que los Estados y las instituciones suelen ser muy buenos redactando leyes, pero muy poco eficaces a la hora de aplicarlas. Por lo tanto, la cuestión de fondo no es el contenido de las normas, sino cómo hacer que se cumplan efectivamente.

Para cuando haya terminado de leer esta humilde contribución, el personal de salud, las instalaciones médicas o los pacientes de algún lugar del mundo habrán sufrido violaciones al estatuto de protección que les confiere el derecho: en 2026, esa realidad tiene el peso de una certeza. Si bien los hospitales gozan de uno de los marcos jurídicos de protección más robustos que brinda el DIH moderno, creado tras la Segunda Guerra Mundial e inspirado en la promesa de “nunca más”, esas instalaciones siguen recibiendo ataques a diario de diversas formas y bajo distintos pretextos.

Hace una década, la resolución 2286 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas —aprobada por unanimidad por los Estados miembros el 3 de mayo de 2016, y que condena enérgicamente los ataques contra instalaciones, personal y medios de transporte médicos en zonas de conflicto armado— exhortó al Secretario General a proponer medidas prácticas para implementar las normas que rigen la protección de los hospitales. Hasta la fecha, la mayoría de los Estados miembros han pasado por alto ese llamamiento a abordar esta cuestión concreta y han optado, en cambio, por debatir normas y sanciones desde un enfoque teórico. Lamentablemente, la realidad sigue siendo la misma y hoy nos encuentra conmemorando un lamentable décimo aniversario de la resolución sin nada que celebrar.

Los ataques contra hospitales se han vuelto una constante en casi todos los conflictos armados de la última década: Afganistán, Gaza, Líbano, Myanmar, Nigeria, Pakistán, Sudán del Sur, Sudán, Siria, Ucrania y Yemen, entre otros. La lista parece interminable. Como profesionales médicos del ámbito humanitario, lo que hemos presenciado y denunciado parece ser un patrón muy alarmante, uno que no podemos permitir que se convierta en la norma.

En esta etapa crítica, lo verdaderamente importante es hacer efectivas las buenas prácticas y las interpretaciones de buena fe del derecho, en consonancia con su objeto y finalidad humanitarios. Este criterio se aplica especialmente a diversas cuestiones, como la pérdida de protección especial, incluidos los requisitos de intimación, las normas de proporcionalidad y precaución, así como los mecanismos de rendición de cuentas.

Pérdida de protección especial

Los hospitales que se utilizan indebidamente —es decir, al margen de su función humanitaria— con fines militares para cometer actos que perjudiquen al enemigo pueden perder su protección especial, siempre que se cumplan determinadas condiciones, como la obligación de emitir una intimación a la parte adversaria para que cese los actos perjudiciales, la cual debe ser desatendida. No obstante, esta excepción limitada suele prestarse a que cada una de las partes en conflicto haga interpretaciones y aplicaciones unilaterales y oportunistas. Puede haber partes en el conflicto que hacen un uso indebido de los hospitales para ocultar sus actividades militares, y otras suelen alegar la pérdida de protección especial con el fin de justificar sus ataques a hospitales, que terminan privando de atención médica a sus enemigos, a las personas heridas y a la población civil en general.

Las decisiones unilaterales y discrecionales de las partes en el conflicto con respecto a la posible pérdida de protección de instalaciones y personal médicos son la causa del fracaso actual.

En consecuencia, la pérdida de protección especial de instalaciones y personal médicos exige orientaciones más claras en materia de definiciones y un sistema de evaluación más transparente. Ya no es admisible que esta cuestión quede sujeta a una inteligencia militar unilateral y secreta. En diversos contextos reales, la privación de asistencia de salud al enemigo y a la población civil de su territorio no es un efecto secundario del conflicto armado, sino un componente deliberado de la estrategia militar disuasoria y punitiva. Las partes en el conflicto nunca admiten abiertamente esa decisión política como tal porque contraviene el derecho de la guerra. Sin embargo, esa práctica persiste en numerosos conflictos armados y suele justificarse alegando la pérdida de protección especial de hospitales y personal médico.

Las orientaciones políticas y las buenas prácticas de los Estados deberían disipar esa evidente ambigüedad y reafirmar que la eventual pérdida del estatuto de protección especial de un hospital no lo transforma automáticamente en un objetivo lícito de ataque.

Intimación

Las orientaciones políticas y la doctrina militar de los Estados promoverán las buenas prácticas y disiparán cualquier ambigüedad en cuanto a la obligación de emitir una intimación en caso de presunto uso indebido de un hospital —es decir, al margen de su función humanitaria— con fines militares. El objetivo principal de la intimación no es precipitar la evacuación del hospital, sino informar al enemigo y, cuando sea viable, a las autoridades sanitarias, sobre el posible uso indebido del hospital y exigir el cese de esos actos.

Por lo tanto, las buenas prácticas exigen que las intimaciones sean precisas y específicas en cuanto a la naturaleza de los actos en cuestión, y que estén dirigidas a las autoridades médicas responsables del hospital, no solo a la contraparte implicada en el conflicto. El suministro de información detallada respecto del presunto uso indebido debe prevalecer sobre otras consideraciones, como la protección de las fuentes de inteligencia o la búsqueda de la sorpresa táctica.

La pérdida de protección especial solo procede si se cumplen determinadas condiciones jurídicas de manera acumulativa, entre ellas: que los actos perjudiciales para el enemigo no hayan cesado tras una intimación; que el sector del hospital que se utiliza indebidamente cumpla la definición de “objetivo militar”; y que cualquier ataque respete las normas de proporcionalidad y precaución adoptando todas las precauciones posibles para reducir al mínimo los daños incidentales a la población civil, obligación que siempre incumbe a la parte atacante.

Proporcionalidad y precaución

Las normas de proporcionalidad y precaución constituyen las protecciones que el DIH ofrece a la población civil, incluidos los heridos y enfermos, así como los bienes de carácter civil. La evaluación de proporcionalidad suele estar a cargo de los mandos militares, quienes deben llevarla a cabo como parte esencial de sus obligaciones jurídicas, y es uno de los pilares del DIH.

Tanto la evaluación como las precauciones pertinentes se basan en la información que un comandante razonable tenía, o debería haber tenido, al momento de lanzar el ataque. Debe tener en cuenta no solo el daño directo que se espera como resultado del ataque —claramente entendido como consecuencia directa—, sino también los daños indirectos previsibles que ocasione, es decir, los denominados “efectos de reverberación” sobre la población civil que, en su conjunto, deben considerarse como las consecuencias del ataque.

Sin embargo, más allá del amplio consenso sobre la importancia de ambas normas del DIH, persiste una falta de entendimiento común entre actores militares y humanitarios respecto de cómo deben interpretarse y aplicarse en la práctica. Cuando se trata de su aplicación práctica en el campo de batalla, en general es muy difícil cuestionar la lógica militar. Aún no existe un corpus consolidado de jurisprudencia de los tribunales internacionales sobre la aplicación de estas normas que brinde un marco eficaz para la rendición de cuentas en lo que respecta a la protección de instalaciones médicas. Ese vacío es especialmente palpable en lo referido a la rendición de cuentas por las consecuencias a largo plazo derivadas de la destrucción de infraestructuras civiles vitales.

Los tribunales internacionales saben que, sin acceso a información militar restringida, no pueden cumplir el elevado umbral probatorio que exige el derecho penal para establecer la responsabilidad más allá de toda duda razonable.

En consecuencia, resulta ineficaz y poco sincero basarse solo en la justicia penal —o únicamente en la responsabilidad de los jefes militares— para definir y aplicar el criterio de proporcionalidad con respecto a la protección de las instalaciones médicas. La responsabilidad primordial recae en los Estados, que deben definir, compartir y adoptar políticas específicas y una doctrina militar, respaldadas por medidas prácticas tendientes a limitar con eficacia los daños a la población civil y a las instalaciones médicas durante los conflictos armados.

Las orientaciones políticas y las mejores prácticas de los Estados son esenciales para abordar la falta de rendición de cuentas en lo que atañe a la responsabilidad individual de los jefes militares durante los ataques contra instalaciones médicas.

Las buenas prácticas —como exigir la autorización del jefe militar de mayor rango antes de emprender cualquier acción militar que afecte a una instalación médica, aplicar una política de tolerancia cero en toda la cadena de mando frente a los ataques a hospitales, asegurarse de que los jefes militares cumplan ineludiblemente con el DIH e integrar la protección de los hospitales como un criterio de éxito de la misión y no como algo accesorio— representan un punto de referencia alcanzable que demuestra el respeto por el DIH.

Rendición de cuentas

Los reclamos de rendición de cuentas por los ataques a hospitales muchas veces terminan siendo una coartada. Las partes en el conflicto o los Estados pueden llevar a cabo investigaciones inconducentes, establecer mecanismos ineficaces e invocar el proceso como sustituto de resultados concretos. Confiar solo en la justicia penal, por las razones descritas más arriba, probablemente resulte insuficiente.

En cuanto a las buenas prácticas en este ámbito, es crucial apoyar la creación de sistemas para investigar las denuncias, pero con la importante salvedad de que los actores militares que investigan su propia conducta militar no podrán considerarse independientes. Para que sea fiable, todo mecanismo de rendición de cuentas deberá incluir elementos de independencia, ya sea mediante supervisión judicial nacional, comisiones independientes o mecanismos internacionales.

Las investigaciones de esclarecimiento que se realizan con apoyo financiero y logístico luego de un ataque podrían resultar útiles. Uno de los principales desafíos que se presentan después de un ataque consiste en no quedar atrapados entre discursos contrapuestos impulsados por las partes en el conflicto o la gestión médica del hospital atacado.

Es probable que las alegaciones de pérdida de protección nunca se compartan públicamente dado que, muchas veces, los propios actores que disponen de esa información se apresuran convenientemente a etiquetarla como “secreto de defensa”, lo que convierte la lucha por la transparencia en una batalla desigual. El apoyo a las instalaciones médicas afectadas con la finalidad de esclarecer todos los elementos y la secuencia de un ataque permite preservar hechos y pruebas para futuros procesos judiciales y rendición de cuentas.

Cuando las investigaciones se realizan sin transparencia, no generan un efecto disuasorio ante futuros ataques. Las pruebas y la información deben desclasificarse por todos los medios disponibles. Las víctimas, incluidas las instituciones u organizaciones médicas, deben tener acceso a esa información. La legislación nacional debe abordar explícitamente la responsabilidad de mando: los jefes militares individuales que no impidan ni sancionen los ataques contra hospitales deben afrontar las consecuencias.

También debe hacerse hincapié en el mandato, casi olvidado, de la Comisión Internacional Humanitaria de Encuesta. Creado en virtud del Protocolo adicional I, ese mecanismo —el único basado en un tratado de DIH para la rendición de cuentas actualmente disponible— podría ganar relevancia incluso a través de su mandato de buenos oficios.

Conclusión

Durante el siglo XIX, el imperativo de proteger la misión médica llevó a la adopción del Convenio de Ginebra I, lo que supuso un legado inmenso e inigualable para la humanidad. En pleno siglo XXI, pacientes y personal médico de carne y hueso, que arriesgan literalmente la vida para salvar a otras personas, siguen muriendo por causas que podrían evitarse.

Ya se sabe lo que sí funciona, y no es tan complejo: menos palabras y más acción, menos compromisos no vinculantes y más responsabilidad política concreta. Las interpretaciones en buena fe y las buenas prácticas a la hora de aplicar el derecho.

Médicos Sin Fronteras ha logrado que sigan funcionando hospitales en zonas de guerra gracias al establecimiento de normas y procedimientos sencillos —entre ellos, líneas directas— acordados con las partes en el conflicto.

Pero estas buenas prácticas, normas y recomendaciones que surgen de este proceso solo tendrán importancia si los Estados las implementan con urgencia, las hacen cumplir con firmeza y las evalúan con respecto a los resultados y no a la calidad de su discurso y documentación.

Véase también

- Supriya Rao and Alexander Breitegger, *Reaffirming the obligation to protect medical facilities and support their functioning*, 20 de noviembre de 2025
- Supriya Rao and Alexander Breitegger, *Reaffirming IHL's specific protection of hospitals*, 27 de mayo de 2025
- Khang Phan and Thao Nguyen, *Hospitals under fire: legal and practical challenges to strengthened protection*, 6 de marzo de 2025
- ICRC, *Call by global leaders: work together now to stop cyberattacks on the healthcare sector*, 26 de mayo de 2020
- ICRC, *e-Learning: Health care in danger, the legal framework*, 8 de abril de 2016

Tags: DIH, principios humanitarios

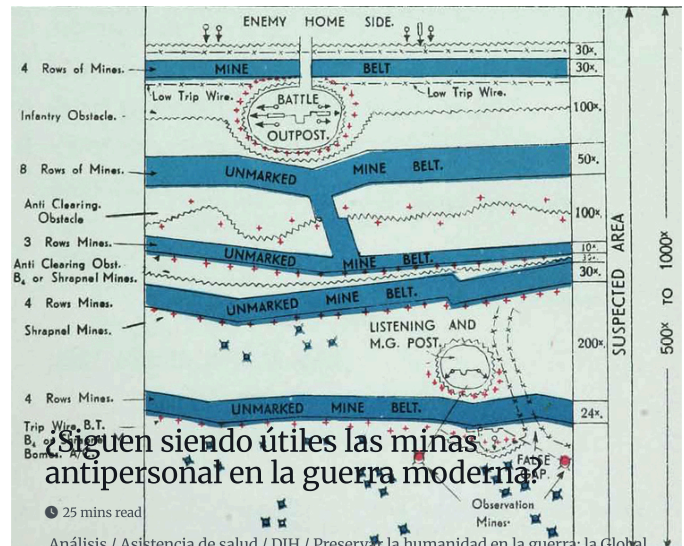


de las minas del DIH en los movimientos, desplazamientos en masa y mantenimiento del contacto entre familiares

17 mins read

Análisis / Asistencia de salud / DIH / Preservar la humanidad en la guerra: la Global IHL Initiative Matt Pollard & Helen Obregón Gieseken

A fines de 2024, la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los ...



Si siguen siendo útiles las minas antipersonal en la guerra moderna.

Análisis / Asistencia de salud / DIH / Preservar la humanidad en la guerra: la Global IHL Initiative Erik Tollefsen & Pete Evans

Cinco Estados partes en la Convención sobre la Prohibición de las Minas Antipersonal presentaron recientemente ...