

Jorge Galindo García
José Trinidad Padilla López
Marcos Pablo Moloeznik
Coordinadores

Temas selectos de
Derechos Humanos y
Derecho Internacional Humanitario

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA
Centro Universitario del Sur
Red Internacional de Derechos Humanos y
Derecho Internacional Humanitario
Instituto Internacional de Derecho Humanitario

Temas selectos de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario

Coordinación general:

- Jorge Galindo García,
- José Trinidad Padilla López
- Marcos Pablo Moloeznik.

Primera edición, 2021.

Centro Universitario del Sur de la Universidad de Guadalajara.
Red Internacional de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario.
Instituto Internacional de Derecho Humanitario
Zapotlán el Grande, Jalisco, México.

ISBN 978-607-8408-73-3

Todos los trabajos fueron dictaminados a doble ciego.

Esta obra colectiva constituye una iniciativa conjunta de los Cuerpos Académicos *Estrategias, Responsabilidad Social, Estado Constitucional y Sustentabilidad (Clave UDG-CA-1048)* del Centro Universitario del Sur y *Derechos Humanos y Estado de Derecho (Clave UDG-CA-476)* consolidado del Centro Universitario de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad de Guadalajara.

Esta publicación se incluye en el contexto del Proyecto “La compleja actualidad Latinoamericana: aportes para una evolución positiva” desarrollado por el Instituto Internacional de Derecho Humanitario de Sanremo (Italia) con la colaboración y el aporte económico de la *Unità di Analisi e Programmazione Statistica e Documentazione Storica* del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale italiano.

Se permite la reproducción total o parcial, la distribución, la comunicación pública o la transmisión por cualquier forma o por cualquier medio de la presente obra, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia u otros métodos, siempre y cuando se reconozca la autoría de la obra original, haciendo expresa referencia a la fuente.

La responsabilidad sobre el contenido es exclusivamente de los autores. Todas las declaraciones de hecho, opinión, o análisis expresado en cada capítulo del presente libro son exclusivamente atribuidos a su autor y no representan la opinión oficial de su país o de sus agencias, ni las de gobierno alguno. Todas las contribuciones fueron sometidas a doble dictamen ciego para garantizar la originalidad, rigurosidad y calidad de los trabajos que integran el libro.

Diseño e impresión:

Amaya ediciones S de RL de CV

Enrique Díaz de León 514-2 Guadalajara, Jalisco. México



3338259441

Consideraciones sobre la protección (¿reforzada?) de las unidades sanitarias

*Matteo Fornari*¹

El derecho internacional humanitario reserva una protección especial a los hospitales, los centros médicos y al personal sanitario, debido a su función específicamente humanitaria. Las partes en un conflicto deben adoptar medidas adicionales y específicas antes de atacar esos objetivos. A pesar de que la normativa convencional y consuetudinaria esté bien desarrollada y generalmente aceptada, las últimas décadas fueron testigos de unos conflictos particularmente violentos en los que unidades sanitarias y personal médico fueron objeto de ataques deliberados. Por lo que respecta a la criminalización de estos ataques, se puede observar, por otra parte, la falta de coordinación óptima entre la normativa ginebrina y la legislación internacional criminal.

441

Introducción

El 3 de octubre de 2015, ataques aéreos de Estados Unidos destruyeron el Hospital de Trauma (HT) de Médicos Sin Fronteras (MSF) en la ciudad de Kunduz, Afganistán, acabando con la vida de 42 personas, incluido personal médico y pacientes. Los días anteriores a estos ataques, esta localidad había sido

¹ Profesor de Derecho Internacional de la Universidad Milano Bicocca y Profesor Visitante del Instituto Internacional de Derecho Humanitario, Sanemo, ambos de Italia.

escenario de fuertes combates entre el gobierno afgano y las fuerzas talibanes. Varios combatientes heridos eran transportados al hospital y, como de costumbre, los equipos de MSF no preguntaron a qué grupos armados pertenecían los pacientes. Como organización médica neutral, MSF no necesitaba saber su pertenencia, ya que se trataba de una información clínicamente irrelevante:² los pacientes “militares”, si están heridos, están *hors de combat*, ya no se consideran combatientes y están protegidos en el ámbito hospitalario en virtud del derecho internacional humanitario.

Debido a la mayor intensidad de los combates, el 29 de septiembre de 2015 MSF reiteraba otra vez la posición del HT enviando de nuevo por correo electrónico las coordenadas GPS al Departamento de Defensa de los Estados Unidos, al Ministerio del Interior y de la Defensa afgana y al ejército americano en Kabul. La recepción del mensaje fue confirmada tanto por el Departamento de Defensa de los Estados Unidos como por los representantes del ejército estadounidense, y ambos aseguraron que las coordenadas habían sido transmitidas a las partes interesadas.³

Los ataques aéreos duraron aproximadamente una hora: cuando comenzó, 105 pacientes estaban internados en el hospital. Entre ellos, tres o cuatro pacientes eran combatientes gubernamentales heridos y unos 20 pacientes eran talibanes heridos; en el complejo hospitalario en el momento del ataque estaban presentes también ciento cuarenta agentes de personal nacional, nueve de personal internacional y un delegado del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR). El objetivo principal del ataque resultó ser el edificio principal del hospital, que coincidía exactamente con las coordenadas GPS proporcionadas por MSF a las partes en conflicto.⁴

Cabe destacar que el día anterior al ataque se colocaron dos banderas MSF en el techo del hospital, además de la bandera existente colocada a la entrada del Centro de Traumatología; y todo el personal de MSF confirmó que toda la noche, antes de que comenzaran los ataques aéreos, la atmósfera era

2 En los historiales médicos de los pacientes de Msf, una “C” y una “M” pueden ser utilizados para indicar pacientes “civiles” o “militares” o con respecto a la recogida de armas en la entrada del hospital. Ver: “Initial msf internal review: Attack on Kunduz Trauma Centre, Afghanistan”, Medecins Sans Frontiers, noviembre de 2015, p. 4, consultado el 21 de noviembre de 2020, www.msf.fr/sites/default/files/review_final_041115_for_public_release.pdf

3 MSF también compartió las coordenadas GPS con un intermediario de las Naciones, que confirmó la transmisión directamente a la Operación Resolute Support: *Ibidem*, p. 5.

4 *Ibidem*, pp. 7 y ss.

muy tranquila en el hospital y en los alrededores, no había combates en curso y no se oían aviones sobrevolando ni se reportaron disparos o explosiones en las cercanías del hospital. Ni un solo miembro del personal de MSF informó de la presencia de combatientes armados o de combates en el interior o desde el complejo hospitalario, antes o durante los ataques aéreos.⁵

El bombardeo del Hospital de MSF de Kunduz es quizás el ejemplo más conocido,⁶ pero también en otros conflictos actuales (internacionales o interiores) son numerosos los casos de ataques contra hospitales, instalaciones sanitarias y personal médico.

En Yemen, ataques contra hospitales son perpetrados por ambas partes en el conflicto que desde 2015 contraponen una coalición de Estados bajo el comando de Arabia Saudita a las fuerzas rebeldes de los Houthi:⁷ 59 ataques contra 34 hospitales, incluidos ataques múltiples contra las mismas instalaciones, especialmente en Adén y Taiz, la mayoría de los cuales realizados por las fuerzas houthi; mientras que en la provincia de Saada la coalición de Estados bajo el liderazgo de Arabia Saudita ha efectuado ataques aéreos en los que se destruyeron 15 establecimientos sanitarios.⁸

El 26 de octubre de 2015 un ataque aéreo conducido por aviones de la coalición destruyó totalmente el hospital de MSF en Saada, aunque sus coordenadas GPS se comunicaran al mando de la coalición un mes antes y a pesar de que el techo del edificio estuviera claramente identificado con el logotipo de MSF.⁹

5 *Ibidem*, p. 6 y p. 12.

6 Una investigación sobre el bombardeo del hospital finalizada en abril 2016 por el Departamento de la Defensa estadounidense concluyó que “this tragic incident was caused by a combination of human errors, compounded by process and equipment failures”; los militares bajo investigación habrían sido objeto de sanciones administrativas porque “neither the gunship crew members nor the Special Forces on the ground who were directing the strike knew they were striking a medical facility”. Ver: Matthew Rosenberg, “Pentagon Details Chain of Errors in Strike on Afghan Hospital”, *New York Times*, 29 de abril de 2016, consultado el 30 de noviembre de 2020, www.nytimes.com/2016/04/30/world/asia/afghanistan-doctors-without-borders-hospital-strike.html

7 El conflicto en Yemen se intensificó luego de que los Houthi tomaron Saná en septiembre de 2014 y de que la coalición encabezada por la Arabia Saudita empezó a realizar ataques aéreos el 26 de marzo de 2015. Ver: Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas, “Los niños y los conflictos armados. Informe del Secretario General” NU A/70/836-S/2016/360, 20 de abril de 2016, párr. 164.

8 *Ibidem*, párr. 170.

9 “Yemen: Coalition Airstrikes Hit Hospital”, *Human Rights Watch*, 27 de octubre de 2015, consultado el 21 de noviembre de 2020, www.hrw.org/news/2015/10/27/yemen-coalition-airstrikes-hit-hospital

Los ataques a las instalaciones sanitarias continúan hasta la fecha, como ha destacado el Coordinador humanitario para Yemen.¹⁰

Pero es el conflicto en Siria el que constituye el escenario bélico en el que se registra el mayor número de ataques contra hospitales y personal médico y sanitario. Desde el inicio del conflicto armado en 2011 a diciembre de 2017 se estima que los ataques a instalaciones médicas —sobre todo por parte de las fuerzas gubernamentales— fueron 492¹¹ con al menos 330 edificios afectados, lo que significa que un mismo edificio ha sido atacado varias veces en este período de tiempo¹² y al menos 847 miembros del personal médico han perdido la vida en estos ataques.¹³

Como lo ha puesto de relieve la Comisión Internacional Independiente de Investigación sobre la República Árabe Siria del Consejo de los derechos humanos de las Naciones Unidas, la pauta de los ataques indica que las fuerzas gubernamentales atacan deliberada y estratégicamente hospitales y unidades médicas para obtener ventajas militares y privar de asistencia médica a los grupos armados antigubernamentales y a sus presuntos partidarios. De este modo, la negación de atención y ayuda médica en el conflicto sirio se sustancia en una verdadera “weapon of war”.¹⁴

En este escenario bélico, la perversión y aberración humanas ha llegado hasta el punto de obligar al personal médico a no utilizar los emblemas distintivos de los hospitales para no atraer el fuego de las fuerzas guberna-

10 “Attacks on Marib Hospitals Limit Medical Services Available to Thousands of Displaced People”, *United Nations Yemen*, 10 de febrero de 2020, consultado el 21 de noviembre de 2020, <https://yemen.un.org/index.php/en/45126-attacks-marib-hospitals-limit-medical-services-available-thousands-displaced-people>

11 “Beyond Imagination: Seven Years of Conflict in Syria”, Physicians for Human Rights, marzo de 2018, consultado el 22 de noviembre de 2020, https://phr.org/wp-content/uploads/2018/03/Syria_2018_Anniversary.pdf

12 79 hospitales fueron afectados más de una vez y 8 han sido afectados cinco o más veces, incluido el mayor hospital de Aleppo este, al-Sakhour Hospital, bombardeado por las fuerzas del gobierno sirio al menos once veces. Ver: *Ibidem*.

13 “Anatomy of a Crisis. A Map of Attacks on Health Care in Syria”, Physicians for Human Rights, (consultado el 21 de noviembre de 2020, https://s3.amazonaws.com/PHR_syria_map/findings.pdf). Ver también: Fouad M. Fouad et. al., “Health Workers and the Weaponisation of Health Care in Syria: A Preliminary Inquiry for The Lancet–American University of Beirut Commission on Syria”, *Lancet* (2017): pp. 2516 y ss.

14 “Report of the Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic – Assault on Medical Care in Syria”, Human Rights Council, NU A/HRC/24/CRP.2, 13 de septiembre de 2013, párr. 1 y ss.

mentales;¹⁵ los mismos emblemas distintivos concebidos y utilizados desde siempre para demostrar a los beligerantes la presencia de instalaciones médicas en la zona de conflicto, tal como lo exige el derecho humanitario, se han convertido en instrumentos para identificar un “objetivo militar”, al igual que las ambulancias, que también han sido atacadas intencional y repetidamente durante todo el conflicto sirio como parte de una estrategia de guerra: de 2016 a 2017 se han registrado 204 ataques individuales contra 243 ambulancias, de las cuales 52 % eran objetivos directos; los principales autores fueron el régimen sirio (60 %) y las fuerzas armadas rusas (29 %).¹⁶ Y estos ataques siguen realizándose hasta el último periodo, con 25 instalaciones médicas golpeadas en Idlib y Alepo occidental por las fuerzas progubernamentales entre noviembre de 2019 y febrero de 2020.¹⁷

Marco Jurídico en el que se desarrolla la protección

La protección de las estructuras hospitalarias en los conflictos armados tiene una larga “tradición convencional” que nace prácticamente (¡y por supuesto!) con el nacimiento de la codificación del derecho humanitario. El primer

15 *Ibidem*, p. 6. Ver también: “Informe de la Comisión Internacional Independiente de Investigación sobre la República Árabe Siria”, Consejo de Derechos Humanos, doc. NU A/HRC/37/72, 1 de febrero de 2018, p. 73. “Saving Lives Underground: The Case for Underground Hospitals in Syria”, Syrian American Medical Society, marzo de 2017, consultado el 24 de noviembre de 2020, <https://www.sams-usa.net/wp-content/uploads/2017/05/Saving-Lives-Underground-report.pdf>

16 C. Hayes Wong y Christine Yen-Ting Chen, “Ambulances under Siege in Syria”, *BMJ Glob Health* (2018): p. 1. El primer ataque deliberado reportado contra una ambulancia tuvo lugar en septiembre de 2011, cuando una ambulancia claramente marcada con el emblema de la Media Luna Roja fue emboscada en Homs, en un puesto de control del gobierno, matando a un paramédico e hiriendo a otros tres. Ver: Annie Sparrow, “Syria’s Assault on Doctors”, *The New York Review*, 3 de noviembre de 2013, consultado el 23 de noviembre de 2020, <https://www.nybooks.com/daily/2013/11/03/syria-assault-doctors/>

17 “Informe de la Comisión Internacional Independiente de Investigación sobre la República Árabe Siria”, Consejo de Derechos Humanos, doc. NU A/HRC/44/61, 3 de septiembre de 2020, p. 36. Ataques contra instalaciones sanitarias se han cometido también durante el conflicto entre Armenia y Azerbaiyán de 2020: a pesar de un alto de fuego de las hostilidades, el pasado 28 de octubre las fuerzas azerbaiyanas atacaron con un bombardeo aéreo el hospital de maternidad de Stepanakert, capital de Nagorno Karabaj. Ver: “Azerbaijan hits maternity hospital in conflict with Armenia over Nagorno-Karabakh”, *US Today*, 29 de octubre de 2020, consultado el 21 de noviembre de 2020, <https://eu.usatoday.com/story/news/world/2020/10/29/azerbaijan-hits-hospital-dispute-armenia-over-nagorno-karabakh/6073536002/>

instrumento convencional que se ocupa de esta problemática es el Convenio para el mejoramiento de la suerte de los militares heridos en los ejércitos en campaña, adoptado en Ginebra el 22 de agosto de 1864.¹⁸

De hecho, la inmunidad de los ataques a las estructuras hospitalarias no era absoluta, sino que tenía límites subjetivos y temporales: la neutralidad estaba reservada a los hospitales militares “mientras haya en ellos enfermos o heridos”, y solo durante el período en que los hospitales no “estuviesen guardados por una fuerza militar” (art. 1.º).¹⁹ Con este instrumento se adoptaba por primera vez un emblema distintivo para permitir al beligerante distinguir la estructura hospitalaria, es decir, “una cruz roja sobre fondo blanco” (art. 7.º). Este mismo emblema que hoy en día el beligerante usa como blanco.²⁰

18 En el país de Solferino, teatro de la segunda guerra de independencia italiana de 1859 y por el que transitó Henri Dunant inmediatamente después de la batalla que vio enfrentado el ejército austríaco al ejército franco-piemontés, en 2013 se colocó una estatua del autor de *Un souvenir de Solferino* para celebrar los 150 años de la Convención con la que nació el derecho humanitario. En el soporte de la estatua fue reportado el deseo de Dunant: “*Non ci sarebbe il modo di costituire, in un periodo di pace e di tranquillità, della società di soccorso, il cui scopo fosse quello di provvedere alla cura dei feriti, in tempo di guerra, da parte di volontari zelanti, devoti e qualificati per un’opera simile?*” (“¿No existiría manera de constituir, en un período de paz y de tranquilidad, una sociedad de socorro con el objetivo de cuidar a los heridos, en tiempo de guerra, por parte de voluntarios atentos, devotos y calificados para esta obra?”).

19 Art. 1.º del Convenio de 1864: “Las ambulancias y los hospitales militares serán reconocidos neutrales, y, como tales, protegidos y respetados por los beligerantes mientras haya en ellos enfermos o heridos. La neutralidad cesará si estas ambulancias u hospitales estuviesen guardados por una fuerza militar”.

20 Y no solo hoy... Como precedente de ataques deliberados contra los emblemas distintivos de la Cruz Roja, cabe recordar los ataques efectuados por la aviación italiana en la guerra ítalo-etíope de 1935-1936. El conflicto empezó el 3 de octubre de 1935 y el mismo día aéreos italianos bombardearon el hospital de Adua. Luego, a lo largo de la guerra, hubo una serie constante de ataques deliberados contra los hospitales de la Cruz Roja presentes en Etiopía. En el país estaban presentes misiones de la Cruz Roja británica, egipcia, etíope, sueca y un hospital de la misión americana de los Adventistas del Séptimo Día, y todos fueron objeto de ataques aéreos deliberados. También en este escenario los emblemas distintivos de la Cruz Roja se volvieron un blanco, aunque muchos europeos —en Etiopía y otros lugares— al principio rechazaron la idea de que el ataque fascista fue deliberado. Consideraban la Convención de Ginebra inviolable y **no podían creer que una potencia europea civilizada** pudiera violar la inmunidad de los hospitales. Baste recordar aquí, entre muchos testimonios, los del personal de la Cruz Roja sueca después del bombardeo del hospital en Malka Didaka y los del jefe de la misión británica de la Cruz Roja, después del bombardeo del campamento en Quoram. Según el primer testimonio, “en dos altos árboles desnudos se habían colocado tres banderas: la bandera de la cruz roja, la bandera abisina y la bandera sueca. Otras banderas de la Cruz Roja se plantaron en el suelo por todas par-

Con el Convenio de 1864 la protección no se extendía todavía a los centros hospitalarios civiles. Este límite se puede entender, si se considera que en aquella época las batallas no se desarrollaban casi nunca en los centros urbanos, así que tal vez no se advirtió la necesidad de defender los hospitales civiles. Su protección se contemplaba con los Congresos de La Haya de 1899 y 1907, cuyos Reglamentos sobre la guerra terrestre destacaban la necesidad de tomar “en los sitios y bombardeos todas las medidas necesarias para favorecer, en cuanto sea posible [...] los hospitales y los lugares en donde estén asilados los enfermos y heridos” (además de los edificios destinados al culto, a las artes, a las ciencias, a la beneficencia, los monumentos históricos); pero esta inmunidad de los ataques valía “a condición de que no se destinen para fines militares” (art. 27.º del Reglamento IV de La Haya de 1907 relativo a las leyes y costumbres de la guerra terrestre y reglamento anexo).²¹ Esta condición que determina la pérdida de la inmunidad para las unidades sanitarias civiles será confirmada por el Protocolo I de 1977 (art. 13.º)²² y será esta derogada objeto de diferentes interpretaciones por los beligerantes.

Cabe destacar que en esta época se afirma la idea de que la protección de las unidades sanitarias tiene que ser “a doble sentido”, en cuanto la obli-

tes y eran fácilmente visibles desde el cielo. La mañana del 22 de diciembre [de 1935] un número de aviones italianos sobrevolaron el campo y ametrallaron las tiendas... El 30 de diciembre, alrededor de las 7 de la mañana, algunos aviones italianos sobrevolaron el río. Luego regresaron y diez de éstos volaron a nuestro campamento a unos 2000 pies de altitud y lanzaron un grupo de bombas explosivas e incendiarias”. Según el jefe de la misión británica, doctor Melly, “no había duda de la absoluta intencionalidad del ataque... todas las tiendas y los vehículos estaban claramente marcados con las Cruces Roja”; “era totalmente imposible seguir trabajando en campos abiertos simplemente desplegando los emblemas de la Cruz Roja”. Finalmente, el doctor Melly se vio obligado a utilizar los refugios naturales del suelo y a camuflar y ocultar las estructuras sanitarias”. El mismo Emperador, Hailè Selassìè, afirmó que las incursiones aéreas contra los centros hospitalarios (junto con el uso masivo de armas químicas contra fuerzas armadas y civiles), contribuyeron de manera significativa a la desmoralización de las fuerzas etíopes. Ver: Richard Pankhurst, “El bombardeo fascista sulla Croce Rossa durante l’invazione dell’Etiopia (1935-1936)”, *Studi Piacentini* (1997): pp. 129 y ss.

21 Del mismo tenor es el artículo 27.º de la Convención II de La Haya de 1899 relativa a las leyes y usos de la guerra terrestre y reglamento anexo.

22 Art. 13.º del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 1977: “1. La protección debida a las unidades sanitarias civiles solamente podrá cesar cuando se haga uso de ellas, al margen de sus fines humanitarios, con objeto de realizar actos perjudiciales para el enemigo...”.

gación de protegerlas recae tanto en el agresor como en el defensor: por un lado, el beligerante atacante tiene la obligación de no golpear los hospitales; por el otro, el beligerante atacado tiene la obligación de señalar esos edificios o lugares de asilo con signos visibles especiales (art. 27.º del Reglamento IV de La Haya de 1907).

Una etapa fundamental que introduce una normativa orgánica para la protección de las estructuras y del personal sanitarios, es la adopción de los Convenios de Ginebra de 1949,²³ seguida por la adopción de los dos Protocolos adicionales de 1977.²⁴ Estos dos instrumentos obligan a las Partes en conflicto a respetar, proteger y no atacar “las unidades sanitarias en todo momento” (art. 12.º del Protocolo I y art. 11.º del Protocolo II);²⁵ es decir, que la protección se aplica tanto en los conflictos armados internacionales como en los no internacionales (además, para esta última categoría de conflicto la inmunidad de los ataques se encuentra incluida en el art. 3.º común de los Convenios de Ginebra). Y como es reconocido también por los Estados no Partes a los Protocolos, la obligación de no atacar las unidades sanitarias ha adquirido un valor consuetudinario.²⁶

23 Convenio I para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña (Ginebra, 12 de agosto de 1949), artículos del 18.º al 23.º; Convenio II para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar (Ginebra, 12 de agosto de 1949), artículos del 22.º al 37.º; Convenio IV relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra (Ginebra, 12 de agosto de 1949), artículos del 18.º al 23.º.

24 Art. 8.º, letra e), y artículos del 12.º al 31.º del Protocolo I adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 1977; artículos del 7.º al 12.º del Protocolo II adicional a los Convenios de Ginebra de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 1977.

25 El Protocolo I define las unidades sanitarias como “los establecimientos y otras formaciones, militares o civiles, organizados con fines sanitarios, a saber: la búsqueda, recogida, transporte, diagnóstico o tratamiento (incluidos los primeros auxilios) de los heridos, enfermos y náufragos, así como la prevención de las enfermedades. La expresión comprende, entre otros, los hospitales y otras unidades similares, los centros de transfusión de sangre, los centros e institutos de medicina preventiva y los depósitos de material sanitario, así como los almacenes de material sanitario y de productos farmacéuticos de esas unidades. Las unidades sanitarias pueden ser fijas o móviles, permanentes o temporales” (art. 8.º, letra e). Aunque falte una definición de “unidades sanitarias” en el Protocolo II, se puede entender que este término se aplica en el mismo sentido en los conflictos armados no internacionales; como es destacado por Yves Sandoz, Christophe Swinarski y Bruno Zimmermann (eds.), *Commentary on the Additional Protocols to the Geneva Conventions* (Geneva: International Committee of the Red Cross, 1987), pág. 4711: “The term “medical unit” is a generic term covering both permanent units, which stay where they are (hospitals, laboratories, equipment depots etc.), and mobile medical units, which may be moved as required (field hospitals, first aid posts, ambulances etc.”.

26 Para la práctica de los Estados, ver: Jean-Marie Henckaerts, Louise Doswald-Beck (eds.), *El derecho*

La novedad introducida por los Protocolos es un régimen de protección especial,²⁷ a la sazón que las unidades sanitarias reciben una *garantía reforzada* en comparación con otras categorías de bienes civiles, tales como viviendas o escuelas. Si en general los bienes civiles son inmunes a los ataques en virtud del principio de distinción, como es bien sabido los llamados bienes civiles “de doble uso” pueden convertirse en objetivo militar cuando cumplan los criterios cumulativos previstos en el art. 52.º del Protocolo I (que reafirma una normativa consuetudinaria),²⁸ es a decir, cuando por un lado, “por su naturaleza, ubicación, finalidad o utilización contribuyan eficazmente a la acción militar” y, por el otro, “cuya destrucción total o parcial, captura o neutralización ofrezca en las circunstancias del caso una ventaja militar definida”. Pero, en contra, los bienes civiles a los que se aplica una protección especial, como los hospitales, pierden la inmunidad del ataque solo en condiciones más restrictivas previstas por la norma específica que los protege, esto es, el artículo 12.º del Protocolo I y el artículo 11.º del Protocolo II mencionados anteriormente.

De hecho, la regla general que obliga a las partes beligerantes a respetar y proteger las unidades sanitarias “en todo momento”, solo podrá ser derogada cuando “se haga uso de ellas, al margen de sus fines humanitarios, con objeto de realizar actos perjudiciales para el enemigo” (art. 13.º del Protocolo I).²⁹ Eso quiere decir que una unidad sanitaria pierde la inmunidad de los ataques cuando se inscribe solo en una de las condiciones enumeradas en la definición de objetivo militar mencionada más arriba; esto es, cuando por su *utilización* favorece el esfuerzo bélico de un beligerante. Solo esta característica de la unidad sanitaria —el uso— implica la “transformación” de bien civil en objetivo militar, y no las demás que caracterizan un bien de doble uso (natura-

internacional humanitario consuetudinario Vol. I (Buenos Aires: Comité Internacional de la Cruz Roja, 2007): p. 103 y ss.

27 La protección especial es reconocida por el derecho consuetudinario también a otros bienes civiles: monumentos, lugares de culto, bienes para uso médico o religioso, con fines humanitarios, bienes culturales, zonas protegidas, obras e instalaciones que contengan fuerzas peligrosas (es decir, presas y centrales nucleares para la producción de energía eléctrica) y el medio ambiente (artículos del 52.º al 56.º del Protocolo I).

28 Jean-Marie Henckaerts, Louise Doswald-Beck, *Op. Cit.* pp. 34 y ss.

29 Del mismo tenor es el artículo 11.º, párr. 2, del Protocolo II: “La protección debida a las unidades y a los medios de transporte sanitarios solamente podrá cesar cuando se haga uso de ellos con objeto de realizar actos hostiles al margen de sus tareas humanitarias”.

leza, ubicación, finalidad).³⁰ Como se destaca en el Comentario de 1987 del Comité Internacional de La Cruz Roja, “if the medical unit is used to commit acts which are harmful to the enemy, it actually becomes a military objective which can legitimately be attacked, and even destroyed”.³¹ Por ejemplo, en el caso *Galić* el Tribunal Internacional para la exYugoslavia confirmó que el Hospital de Koševo, utilizado como base de las Fuerzas Armadas de Bosnia-Herzegovina para disparar contra las fuerzas del Ejército de la República Serbia se convirtió en un objetivo militar.³²

Si, por lo tanto, se asume que la *ubicación* de una unidad sanitaria no implica la pérdida de inmunidad de los ataques, en el conflicto en Siria resultan prohibidos los ataques contra aquellos hospitales que las fuerzas gubernamentales consideran blancos solo porque están ubicados en áreas bajo control de las fuerzas de oposición al régimen sirio y que son bombardeados solo para hacer estas áreas inhabitables a la población civil por estar privados de asistencia sanitaria.³³

Dicho esto, la normativa pertinente —tanto con respecto a los conflictos internacionales como a los interiores— especifica qué tipo de uso de la unidad sanitaria determina la pérdida de inmunidad de los ataques. Su protección podrá cesar solo cuando sea utilizada con la específica intención de dañar al enemigo (“al margen de sus fines humanitarios, con objeto de realizar actos perjudiciales para el enemigo”: art. 13.º, par. 1, del Protocolo I; “con objeto de realizar actos hostiles al margen de sus tareas humanitarias”: art. 11.º, par. 2, del Protocolo II).³⁴

Esto quiere decir que ciertos actos, aunque perjudiciales para el enemigo, pueden ser compatibles con su función humanitaria, y como tales pueden cometerse lícitamente; en otras palabras, podría ocurrir que al mismo tiempo un

30 La diferencia entre “finalidad” y “utilización” es que el criterio de finalidad se refiere al uso futuro previsto de un objeto, mientras que el de utilización se refiere a su función actual: Yves Sandoz, Christophe Swinarski y Bruno Zimmermann, *Op. Cit.*, pág. 2022.

31 *Ibidem*, pág. 555. Ejemplos de acciones que determinan la pérdida de la inmunidad de las unidades sanitarias podrían ser la utilización de un hospital como refugio para combatientes o fugitivos sanos; como depósito de armas o municiones; o, como puesto de observación militar. *Ibidem*, pág. 551.

32 *Prosecutor v. Stanislav Galić*, juicio del 30 de noviembre de 2006, pág. 340.

33 Por ejemplo, en Idlib numerosas instalaciones médicas resultaron dañadas o completamente destruidas por las hostilidades, y muchas mujeres se vieron obligadas a dar a luz en olivares, sin la necesaria asistencia prenatal y postnatal. Ver: “Informe de la Comisión Internacional Independiente de Investigación sobre la República Árabe Siria”, Consejo de Derechos Humanos, doc. NU A/HRC/42/51, 15 de agosto de 2019, pág. 90.

34 Esta excepción ya estaba prevista en los Convenios de Ginebra I (art. 21.º) y IV (art. 19.º).

acto cometido de conformidad con la función humanitaria de una unidad médica sea dañino para el enemigo o podría interpretarse incorrectamente en este sentido. Por ejemplo, se podría pensar en una ambulancia que, durante una misión de socorro, se pare debido a una avería, bloqueando así un cruce de importancia militar; o en un aparato de radio X que interfiere con la transmisión o recepción de mensajes inalámbricos en una ubicación militar, o con el funcionamiento de una unidad de radar.³⁵ Así que parece que la discriminante es la voluntad de usar una unidad médica o un aparato médico para menoscabar deliberadamente el esfuerzo bélico de un beligerante (en los ejemplos citados es evidente la falta de voluntad de dañar a un beligerante).

La normativa pertinente subraya también que todas aquellas circunstancias que sirven para garantizar la protección de la unidad médica (el personal sanitario que lleva arma ligeras para su defensa y la de los enfermos; la custodia de la unidad por centinelas o por una escolta) y la presencia en la unidad de armas portátiles y municiones recogidas a los heridos y enfermos no entregadas todavía al servicio competente, no determinan la pérdida de la inmunidad de los ataques, pues se trata de situaciones perjudiciales para el enemigo.

Por supuesto, ni la presencia de combatientes por razones médicas en un hospital priva a esta estructura de su inmunidad (art. 13.º, par. 2, del Protocolo I).³⁶ Por ende, parecen totalmente ilícitos los asaltos llevados a cabo por las fuerzas gubernamentales sirias de aquellos hospitales “culpables” de cuidar y prestar asistencia médica a los combatientes heridos de los grupos armados antigubernamentales; así como contrarios al derecho humanitario resultan los arrestos y detenciones de heridos internados con heridas de bala o metralla, como prueba de su participación en actividades de oposición.³⁷

Dicho esto, cabe también recordar que, aunque las Partes en conflicto no puedan utilizar las unidades sanitarias para poner objetivos militares a cubierto de los ataques (art. 12.º, par. 4, del Protocolo I),³⁸ en el conflicto en Siria han sido varios casos en los que los beligerantes colocaron militares, armas

35 Ver: Yves Sandoz, Christophe Swinarski y Bruno Zimmermann, *Op. Cit.*, pág. 552.

36 Ver: Convenio de Ginebra I (art. 22.º) y Convenio de Ginebra IV (art. 19.º).

37 Human Rights Council, *Op. Cit.*, pág. 11, pág. 32.

38 Por lo que respecta a los conflictos de carácter no internacional, se puede entender que esta prohibición queda incluida en la disposición que prohíbe el uso de unidades sanitarias para realizar actos hostiles al margen de sus tareas humanitarias (art. 11.º, pág. 2, del Protocolo II).

y municiones en los hospitales desde donde lanzar ataques contra las fuerzas enemigas.³⁹

Finalmente, se puede recordar brevemente que en un conflicto armado las garantías fundamentales de los derechos humanos no cesan y protegen siempre al individuo. Como ha destacado la Corte Internacional de Justicia (CIJ) en su opinión consultiva de 2004 sobre la construcción de un muro en Palestina, “the protection offered by human rights conventions does not cease in case of armed conflict”.⁴⁰ Por ende, las partes beligerantes deberán respetar las disposiciones pertinentes de fundamentales instrumentos convencionales para la protección de los derechos humanos, como el Pacto sobre los derechos civiles y políticos y el Pacto sobre los derechos económicos, sociales y culturales.

El derecho a la salud, por ejemplo, tiene que ser siempre garantizado en cualquier escenario, de paz o de guerra; el art. 12.º del Pacto sobre los derechos económicos pide a los Estados Partes garantizar “el más alto nivel posible de salud física y mental”. Por supuesto, “el más alto nivel” hay que evaluarlo a la luz del acontecimiento en el que se exige su respeto; en el sentido que, como pone de relieve la misma CIJ, el derecho humanitario se pone, con respecto al derecho de los derechos humanos, como *lex specialis*. Es a decir que el beligerante, aunque en un escenario difícil como el de guerra, tiene que adoptar, con la diligencia posible, todas las medidas necesarias para garantizar lo más posible la salud y el acceso a la asistencia médica de los que no participan (o no participan más) en las hostilidades.

La Criminalización de los ataques contra las unidades sanitarias

El informe de 2013 de la Comisión Internacional Independiente de Investigación sobre la República Árabe Siria hace hincapié (pero esta observación podría trasladarse a otros conflictos) en que “the pattern of attacks indicates that Government forces deliberately targeted hospitals and medical units to gain military advantage by depriving anti-Government armed groups and their perceived supporters of medical assistance”.⁴¹ Se trata de una verda-

³⁹ Human Rights Council, *Op. Cit.*, par. 15 y ss.

⁴⁰ “Legal Consequences of the Construction of a Wall in the Occupied Palestinian Territory”, International Court Of Justice, Advisory Opinion, 9 de julio de 2004, párr. 106:

“The Court will have to take into consideration both these branches of international law, namely human rights law and, as *lex specialis*, international humanitarian law”.

⁴¹ Human Rights Council, *Op. Cit.*, párr. 5.

dera estrategia de guerra, basada en ataques deliberados contra unidades sanitarias y ambulancias. Además, estos bombardeos contra los hospitales se caracterizan por una falta absoluta de advertencia, exigida por la normativa internacional para minimizar el posible asesinato de civiles (Art. 13.º, par. 1, del Protocolo I).⁴² Esta falta de intimación y la ausencia de objetivos militares dentro o cerca de los hospitales son la prueba de que los ataques deliberados contra infraestructura médicas constituyen el crimen de guerra de atacar intencionadamente bienes protegido⁴³, sancionado por el Estatuto de la Corte Penal Internacional tanto en los conflictos armados internacionales (art. 8.º, par. 2, letra b) (ix)), como en los no internacionales (art. 8.º, par. 2, letra e) (iv)). Según estas normas, constituye un crimen de guerra “dirigir intencionalmente ataques contra edificios dedicados a la religión, la educación, las artes, las ciencias o la beneficencia, los monumentos históricos, los hospitales y otros lugares en que se agrupa a enfermos y heridos, a condición de que no sean objetivos militares”.

Pero esta disposición puede plantear una incertidumbre interpretativa. Como se expone en párrafos anteriores, la protección debida a las unidades sanitarias civiles puede cesar cuando se haga uso de ellas para actos perjudiciales para el enemigo; es decir, cuando sean utilizadas para dañar al enemigo, estas infraestructuras se vuelven un objetivo militar.

42 Art. 13.º, pár. 1, del Protocolo I: “... La protección cesará únicamente después de una intimación que, habiendo fijado cuando proceda un plazo razonable, no surta efectos”. La práctica de los Estados específica que antes de atacar una unidad sanitaria que se esté utilizando para cometer actos perjudiciales para el enemigo deberá hacerse una advertencia estableciendo, cuando proceda, un plazo razonable, y que el ataque solo podrá perpetrarse cuando la advertencia no surta efectos: Jean-Marie Henckaerts, Louise Doswald-Beck, *Op. Cit.*, p. 109.

43 Ver: “Informe de la Comisión Internacional Independiente de Investigación sobre la República Árabe Siria”, Consejo de Derechos Humanos, doc. NU A/HRC/37/72, 1 de febrero de 2018, p. 33, pár. 21: “Pro-Government forces continue to deliberately target medical infrastructure as part of a warring strategy, constituting the war crime of intentionally targeting protected objects. Deliberate attacks against ambulances further amount to the war crimes of intentionally attacking medical transport”.

Ibidem, p. 18, pár. 74: “Esa falta de advertencia y la ausencia de objetivos militares dentro o cerca de los hospitales demuestran que las fuerzas progubernamentales atacan deliberadamente las infraestructuras médicas y que esta táctica forma parte de su estrategia bélica, lo que constituye el crimen de guerra de atacar intencionadamente bienes protegidos. Además, los ataques deliberados a ambulancias y personal sanitario constituyen los crímenes de guerra de realizar ataques intencionados contra transportes sanitarios y personal médico”.

Ibidem, p. 27, pár. 27: “Throughout the entire Syrian conflict, in no instances has the Commission documented that pro-Government forces ever gave warning prior to attacking hospitals or medical units. Such attacks constitute the war crime of intentionally targeting protected objects”.

Este es el régimen de protección reforzada, que solo presta atención al *uso* (y no a la naturaleza, ubicación o destino del bien) como circunstancia que determina la pérdida de la inmunidad de los ataques. En contra, para el art. 8.º del Estatuto de la CPI se comete un crimen contra unidades sanitarias “a condición de que no sean objetivos militares”; es decir que el Estatuto de la CPI parece que tiene en cuenta cada una de las cuatro situaciones (naturaleza, ubicación, uso y destino) con las que un bien civil se vuelve un objetivo militar, perdiendo su inmunidad; mientras que la normativa de Ginebra permite un ataque contra las unidades sanitaria solo cuando se realice el elemento del uso. En otras palabras, la normativa ginebrina parece más garantista para las unidades sanitarias, en cuanto un crimen de guerra se cometería al atacarlas no solo por su uso, sino por las demás situaciones (naturaleza, ubicación, y destino). En este orden de ideas, con el régimen del Estatuto de Roma se perdería la garantía especial reconocidas a las unidades sanitarias.

Conclusiones

Las últimas décadas han sido testigos de varios conflictos (internos e internacionales) que se caracterizan por una amplia gama de violaciones contra las unidades médicas y el personal sanitario, categorías de bienes y personas civiles a los que el derecho humanitario reconoce una protección especial por el hecho de que realizan acciones de socorro de quienes no participan o han dejado de participar en las hostilidades.

A pesar de que la normativa existente resulta lo bastante detallada y obliga a las partes en un conflicto a adoptar medidas adicionales y específicas antes de atacar estos objetivos, las acciones por parte de las partes beligerantes demuestran un incumplimiento constante de todas las medidas de precaución exigidas.

Esta situación parece determinada por varias causas (que, por otra parte, son comunes a las violaciones de otras normas del derecho humanitario destinadas a proteger a las personas y los bienes civiles). En principio, una ignorancia básica y culpable del cuerpo normativo pertinente por parte de los miembros de las fuerzas armadas; no solo de los combatientes miembros de los grupos armados organizados que en varios escenarios bélicos actúan contra las fuerzas armadas gubernamentales, sino de los mismos miembros de los ejércitos estatales (y de los miembros de grupos armados proguberna-

mentales). La norma del Protocolo I que prevé la obligación para los Estados de “difundir lo más ampliamente posible, tanto en tiempo de paz como en tiempo de conflicto armado, los Convenios y el presente Protocolo en sus países respectivos y, especialmente, a incorporar su estudio en los programas de instrucción militar” (art. 83.º, par. 1) ha asumido a través de la práctica de los Estados un valor consuetudinario (más genéricamente, el art. 19.º del Protocolo II declara que este instrumento “deberá difundirse lo más ampliamente posible”).⁴⁴

Además, las Partes en conflicto deben exigir a sus jefes militares que “tomen medidas para que los miembros de las fuerzas armadas bajo sus órdenes tengan conocimiento de las obligaciones que les incumben en virtud de lo dispuesto en los Convenios y en el presente Protocolo” (art. 87.º, par. 2, del Protocolo I); por ende, esta norma hace a los jefes militares responsables de la formación de los efectivos que están bajo sus órdenes. Su obligación de asegurarse de que los miembros de las fuerzas armadas conozcan sus obligaciones en virtud del derecho internacional humanitario figura en numerosos manuales militares, incluidos los manuales de Estados que no son Partes en el Protocolo adicional I.⁴⁵

Esta falta de conocimiento es consecuencia directa de la brutalización y inhumanidad, aún más si es posible, de la guerra. Los combatientes enemigos,

44 Jean-Marie Henckaerts, Louise Doswald-Beck, *Op. Cit.*, p. 566. El deber de los Estados de enseñar el derecho internacional humanitario a sus fuerzas armadas se codifica por primera vez en el Convenio de Ginebra de 1906 para la protección de los heridos o enfermos en campaña (art. 26.º), y en el Convenio de Ginebra de 1929 para mejorar la suerte de los heridos y enfermos de los ejércitos en campaña (art. 27.º); se reafirma en los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos adicionales en la Convención de La Haya de 1954 para la protección de los bienes culturales (art. 25.º) y su Segundo Protocolo (art. 30.º), y en la Convención de Ginebra de 1980 sobre ciertas armas convencionales (art. 3.º). Estos instrumentos especifican que la obligación de enseñar el derecho internacional humanitario a las fuerzas armadas se aplica tanto en tiempo de paz como en tiempo de conflicto armado.

45 *Ibidem*, p. 569. Por ejemplo, la comisión creada en Canadá para investigar las violaciones graves del derecho internacional humanitario cometidas por fuerzas canadienses de mantenimiento de la paz en Somalia consideró en su informe de 1997 que “training is one of the fundamental elements of preparing troops for operations... It is therefore to be expected that commanders at all levels of the chain of command, even the highest, pay particular attention to the training of a contingent, both to supervise and assess the preparations and, through their presence, to demonstrate their personal interest in and commitment to the operation that their troops are about to undertake”; “leaders at all levels of the chain of command... failed to provide adequate supervision of the training preparations”. “Practice Relating to Rule 142. Instruction in International Humanitarian Law within Armed Forces”, International Committee of the Red Cross, consultado el 30 de noviembre de 2020, https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihlweb2.nsf/docindexeng-print/v2_cou_ca_rule142_sectionb

y sobre todo los civiles “enemigos”, no son considerados como pertenecientes a la humanidad; por tanto, en cuanto infrahumanos, pueden ser aniquilados sin ningún tipo de remordimiento. Se golpea deliberadamente a los civiles para derribar y destrozarse la moral del enemigo y este objetivo se alcanza también (y sobre todo) golpeando hospitales y personal sanitarios, es decir, esas figuras más que sagradas en el curso de un conflicto. Es prueba de esto, por ejemplo, el hecho de que en Siria no hay constancia de ningún caso en que las fuerzas progubernamentales o los grupos armados advirtieran antes de atacar hospitales, establecimientos médicos o centros de protección civil. Esa falta de advertencia y la ausencia de objetivos militares dentro o cerca de los hospitales demuestran la voluntad de atacar deliberadamente las infraestructuras médicas, táctica que forma parte de la estrategia bélica y que constituye el crimen de guerra de atacar intencionadamente bienes protegidos.

En segundo lugar, el aumento de los ataques a las estructuras sanitarias parece relacionado con una cierta tendencia a ampliar la noción de objetivo militar, aunque la definición del art. 52.º del Protocolo I sea generalmente aceptada por todos los Estados, también por aquellos que no son partes de este instrumento.

Por ejemplo, volviendo al ataque contra el hospital de Kunduz, se puede recordar que, dos días antes del bombardeo, un funcionario del gobierno estadounidense haya preguntado a MSF si el hospital tenía “a large number of Taliban holed up”:⁴⁶ con esta pregunta, ¿se podría entender que los Estados Unidos estaban tomando en cuenta la posibilidad de atacar el hospital para golpear a los Talibanes presentes? Siendo así, ¿considerarían objetivo militar legítimo un hospital que atiende a combatientes enemigos heridos? Esto plantearía serias dudas en cuanto a la conformidad con el derecho humanitario, de una ampliación de la noción de objetivo militar, resultando en una clara negación del dato normativo que sanciona la inmunidad de las unidades sanitarias cuando traten a militares enemigos heridos. En verdad, esta conclusión no parece conforme con lo destacado por el Manual de guerra de 2015 de los Estados Unidos, que justamente confirma que “the fact that sick or wounded members of the armed forces are nursed in these hospitals... shall not be considered acts harmful to the enemy”.⁴⁷ Del mismo modo, se plantearían

46 “Initial MSF internal review: Attack on Kunduz Trauma Centre, Afghanistan”, *Op. Cit.*, p. 5.

47 “Manual of the Law of War”, Departamento de Defensa de los Estados Unidos, junio de 2015, párr. 7.17.1.1, p. 501.

objecciones a esta acción incluso si los combatientes talibanes se hubieran atrincherado adentro para abrir fuego contra las fuerzas estadounidenses o gubernamentales afganas: en este caso, con la intención de dañar al enemigo, el hospital se hubiera podido considerar un objetivo legítimo; pero la muerte de 42 personas civiles fallecidas como resultado del bombardeo realizado por Estados Unidos parece en absoluto desproporcionada.

También pueden plantearse dudas en lo que respecta a la noción de objetivo militar y la conducción de las hostilidades por las fuerzas armadas israelíes en la guerra de Gaza (diciembre 2008 a enero 2009). Como ha destacado la Misión de Investigación de las Naciones Unidas sobre el Conflicto en Gaza en su informe de septiembre de 2009 (conocido también como Informe Goldstone), “la concepción militar israelí de lo que era necesario en una futura guerra con Hamas parece haberse ido elaborando por lo menos desde la época del conflicto de 2006 en el Líbano meridional.⁴⁸ Encuentra su origen en una doctrina militar que considera que una destrucción desproporcionada y la creación de una máxima perturbación de las vidas de numerosas personas es un medio legítimo para lograr objetivos militares y políticos. Mediante su concepción excesivamente amplia de la ‘infraestructura de apoyo’, las fuerzas armadas israelíes han procurado dar a sus actividades un alcance que estaba destinado a tener consecuencias inevitablemente terribles para los no combatientes en Gaza”.⁴⁹

48 En sus operaciones en el Líbano meridional en 2006, surgió del pensamiento militar israelí un concepto conocido como la doctrina Dahiya, como resultado del enfoque adoptado en el barrio de Beirut que lleva ese nombre. El general de división Gadí Eisenkot, jefe del mando septentrional de Israel, expresó así la premisa de la doctrina: “Lo que sucedió en el barrio de Dahiya de Beirut en 2006 sucederá en cada una de las aldeas desde las que se dispara a Israel. [...] Aplicaremos una fuerza desproporcionada sobre ella y causaremos grandes daños y destrucción allí. Desde nuestro punto de vista, esas no son aldeas civiles, son bases militares. [...] Esto no es una recomendación. Es un plan. Y ha sido aprobado”. “Informe de la Misión de Investigación de las Naciones Unidas sobre el Conflicto en Gaza”, Consejo de Derechos Humanos, doc. NU A/HRC/12/48, 25 de septiembre de 2009, párr. 1194 y s. Después de la guerra en el Líbano meridional en 2006, varios antiguos altos mandos militares parecieron desarrollar el pensamiento en que se basaba la estrategia enunciada por el general Eisenkot. En particular, el general de división (retirado) Giora Eiland ha argumentado que, en caso de otra guerra con Hezbolá, el objetivo no debe ser la derrota de Hezbolá, sino “la eliminación de las fuerzas militares libanesas, la destrucción de la infraestructura nacional y un intenso sufrimiento en la población... Infligir daños graves a la República del Líbano, destruir viviendas e infraestructura, y causar sufrimiento a cientos de miles de personas son consecuencias que pueden influir en la conducta de Hezbolá más que ninguna otra cosa”: *Ibidem*, párr. 1196.

49 “Informe de la Misión de Investigación de las Naciones Unidas sobre el Conflicto en Gaza”, Consejo de Derechos Humanos, doc. NU A/HRC/12/48, 25 de septiembre de 2009, párr. 1213 y s. Se atribuye

Parece, entonces, que es en esta óptica que hay tener en cuenta las violaciones contra las unidades hospitalarias y las ambulancias de la Franja de Gaza, comprobadas por la Misión de investigación;⁵⁰ violaciones que hay que insertarlas en un marco de “destrucción desproporcionada”, en la que “la violencia contra los civiles formaban parte de una política deliberada”.⁵¹ Por ende, “hay fundamento razonable para considerar que el hospital y el garaje de ambulancias, así como las ambulancias mismas, fueron objeto de un ataque directo por parte de las fuerzas armadas de Israel que se encontraban en la zona en ese momento, y que no se puede describir en ningún sentido que el hospital haya sido en ese momento un objetivo militar”.⁵² Además, teniendo en cuenta el uso de particulares armas como el fósforo blanco y el hecho de que las fuerzas armadas israelíes sabían que en los hospitales atacados había solo heridos y varios cientos de civiles, las fuerzas armadas de Israel en esas circunstancias infringieron el artículo 18.º del Cuarto Convenio de Ginebra e infringieron el derecho internacional consuetudinario en lo que respecta a la proporcionalidad.⁵³

Se puede considerar que respetar la obligación de distinción es tanto más problemático cuando un conflicto armado se desarrolla en un escenario urbano, con todo lo que consigue también en término de protección de unidades médicas y personal sanitario; pero esta dificultad debería traducirse en una mayor atención y diligencia por parte de los beligerantes en la toma de decisión y actuación, con pleno respeto del principio de precaución que debería siempre ser el punto de referencia para el beligerante.

al Segundo Jefe de Estado Mayor, general de división Dan Harel, una formulación de objetivos que admite explícitamente que dentro de la estrategia israelí se toma intencionalmente como objetivos a bienes de carácter civil. Mientras las operaciones militares israelíes en Gaza estaban en marcha, se informó que el general de división Harel había dicho en una reunión con autoridades locales del sur de Israel: “Estamos tratando de lograr un objetivo elevado que hemos fijado. Esta operación es diferente de operaciones anteriores. Estamos golpeando no solo a los terroristas y las plataformas de lanzamiento, sino también a todo el Gobierno de Hamas y todas sus alas. [...] Estamos golpeando edificios gubernamentales, fábricas de producción, alas de seguridad y más. Estamos haciendo efectiva la responsabilidad gubernamental de Hamas y no estamos haciendo distinciones entre las diversas alas. Después de esta operación no quedará en pie ningún edificio de Hamas en Gaza y nos proponemos cambiar las reglas del juego”. *Ibidem*, pág. 1212.

50 Ver: *Ibidem*, pág. 466 y ss.

51 *Ibidem*, pág. 1215.

52 *Ibidem*, pág. 623

53 *Ibidem*, pág. 629.

Por otra parte, como bien observó el Tribunal para la exYugoslavia en el caso *Tadić*:

internal armed conflicts have become more and more cruel and protracted, involving the whole population of the State where they occur: the all-out resort to armed violence has taken on such a magnitude that the difference with international wars has increasingly dwindled... It follows that in the area of armed conflict the distinction between interstate wars and civil wars is losing its value as far as human beings are concerned. Why protect civilians from belligerent violence, or ban rape, torture or the wanton destruction of hospitals, churches, museums or private property, as well as proscribe weapons causing unnecessary suffering when two sovereign States are engaged in war, and yet refrain from enacting the same bans or providing the same protection when armed violence has erupted “only” within the territory of a sovereign State? If international law, while of course duly safeguarding the legitimate interests of States, must gradually turn to the protection of human beings, it is only natural that the aforementioned dichotomy should gradually lose its weight.⁵⁴

En definitiva, cualquiera sea la naturaleza del conflicto armado y de las partes enfrentadas, siempre se deberá velar por la protección reforzada de las unidades sanitarias, lo que responde a la dimensión de humanidad que subyace e inspira al derecho internacional humanitario.

Bibliografía

- Consejo de Derechos Humanos. “Informe de la Comisión Internacional Independiente de Investigación sobre la República Árabe Siria”. NU A/HRC/37/72, 1 de febrero de 2018.
- Departamento de Defense de los Estados Unidos. “Manual of the Law of War”, junio de 2015.
- Fouad, Fouad M. *et. al.* “Health Workers and the Weaponisation of Health Care in Syria: A Preliminary Inquiry for The Lancet–American University of Beirut Commission on Syria”. *Lancet* (2017).
- Hayes Wong, C. y Yen-Ting Chen, Christine. “Ambulances under Siege in Syria”. *BMJ Glob Health* (2018).
- Henckaerts, Jean-Marie y Doswald-Beck Louise. *El derecho internacional humanitario consuetudinario Vol. I*. Buenos Aires: Comité Internacional de la Cruz Roja, 2007.
- Human Rights Council. “Report of the Independent International Commission of Inquiry on the Syrian Arab Republic – Assault on Medical Care in Syria”. NU A/HRC/24/CRP.2, 13 de septiembre de 2013.
- Human Rights Watch. “Yemen: Coalition Airstrikes Hit Hospital”, 27 de octubre de 2015. Consultado el 21 de noviembre de 2020. www.hrw.org/news/2015/10/27/yemen-coalition-airstrikes-hit-hospital

⁵⁴ Prosecutor v. Dusko Tadić, decisión, 2 de octubre de 1995, párr. 97.

- International Committee of the Red Cross. “Practice Relating to Rule 142. Instruction in International Humanitarian Law within Armed Forces”. Consultado el 30 de noviembre de 2020. https://ihl-databases.icrc.org/applic/ihl/ihlweb2.nsf/docindexeng-print/v2_cou_ca_rule142_sectionb
- International Court Of Justice. “Legal Consequences of the Construction of a Wall in the Occupied Palestinian Territory”. Advisory Opinion, 9 de julio de 2004.
- Medecins Sans Frontiers. “Initial MSF internal review: Attack on Kunduz Trauma Centre, Afghanistan”, noviembre de 2015. Consultado el 21 de noviembre de 2020. www.msf.fr/sites/default/files/review_final_041115_for_public_release.pdf
- New York Times. Rosenberg, Matthew. “Pentagon Details Chain of Errors in Strike on Afghan Hospital”, 29 de abril de 2016. Consultado el 30 de noviembre de 2020. www.nytimes.com/2016/04/30/world/asia/afghanistan-doctors-without-borders-hospital-strike.html
- Organización de las Naciones Unidas: Asamblea General. “Los niños y los conflictos armados. Informe del Secretario General”. NU A/70/836-S/2016/360, 20 de abril de 2016.
- Pankhurst, Richard. “Il bombardamento fascista sulla Croce Rossa durante l’invasione de-ll’Etiopia (1935-1936)”. *Studi Piacentini* (1997).
- Physicians for Human Rights. “Anatomy of a Crisis. A Map of Attacks on Health Care in Syria”. Consultado el 21 de noviembre de 2020. https://s3.amazonaws.com/PHR_syria_map/findings.pdf.
- Physicians for Human Rights. “Beyond Imagination: Seven Years of Conflict in Syria”, marzo de 2018. Consultado el 22 de noviembre de 2020. https://phr.org/wp-content/uploads/2018/03/Syria_2018_Anniversary.pdf
- Sandoz, Yves; Swinarski, Christophe y Zimmermann Bruno. *Commentary on the Additional Protocols to the Geneva Conventions*. Geneva: International Committee of the Red Cross, 1987.
- Sparrow, Annie. “Syria’s Assault on Doctors”. *The New York Review*, 3 de noviembre de 2013. Consultado el 23 de noviembre de 2020. <https://www.nybooks.com/daily/2013/11/03/syria-assault-doctors/>
- Syrian American Medical Society. “Saving Lives Underground: The Case for Underground Hospitals in Syria”, marzo de 2017. Consultado el 24 de noviembre de 2020. <https://www.sams-usa.net/wp-content/uploads/2017/05/Saving-Lives-Underground-report.pdf>
- United Nations Yemen. “Attacks on Marib Hospitals Limit Medical Services Available to Thousands of Displaced People”, 10 de febrero de 2020. Consultado el 21 de noviembre de 2020. <https://yemen.un.org/index.php/en/45126-attacks-marib-hospitals-limit-medical-services-available-thousands-displaced-people>
- US Today. “Azerbaijan hits maternity hospital in conflict with Armenia over Nagorno-Karabakh”, 29 de octubre de 2020. Consultado el 21 de noviembre de 2020. <https://eu.usatoday.com/story/news/world/2020/10/29/azerbaijan-hits-hospital-dispute-armenia-over-nagorno-karabakh/6073536002/>