

“AULA MAGNA”

Principios éticos de la asistencia sanitaria en tiempos de conflicto armado y situaciones de emergencia

José Luis Rodríguez-Villasante y Prieto ^{1,*}

¹ Director del Centro de Estudios de Derecho Internacional Humanitario de la Cruz Roja Española

* Autor correspondencia: jlrillasante@gmail.com

Una de las primeras víctimas de la guerra es el sistema de salud (M. Balzan, CICR, Ginebra, 2011)

1. Introducción

En la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas [1], se expresa la profunda preocupación del Consejo por los actos de violencia, ataques y amenazas contra el personal sanitario y el personal humanitario dedicado exclusivamente a tareas médicas, sus medios de transporte y equipo, los hospitales y otros establecimientos sanitarios, así como por el número cada vez mayor de estos actos (Preámbulo), los condena enérgicamente y deplora las consecuencias que estos ataques tienen a largo plazo para la población civil y los sistemas de salud de los países afectados (apartado 1 de la Parte Dispositiva).

Este problema, como afirma Vicent Bernard [2] constituye uno de los mayores desafíos de la presente era, caracterizado por la persistencia del fenómeno, su exacerbación y su resurgimiento como aspecto reiterado de las guerras actuales. Más recientemente Irene Raciti [3] afirma que la protección de la misión médica se ha convertido, desafortunadamente, en uno de los mayores problemas humanitarios de hoy en términos de número de personas afectadas, directa o indirectamente. En efecto, un solo incidente violento dirigido contra el personal médico o instalaciones puede ser sentido por cientos o incluso miles de personas. En tres años (desde enero de 2012 a diciembre de 2014), el Comité Internacional de la Cruz Roja (en lo sucesivo, CICR) documentó en solo 11 países casi 2.400 ataques contra el personal de salud, instalaciones, transporte y los pacientes. Más de 2 incidentes por día. Los sanitarios locales fueron afectados en más del 90%. La violencia contra este personal conduce, con frecuencia, al éxodo del personal sanitario (los llamados “desiertos médicos”), la destrucción o cierre de hospitales y el daño irreversible del sistema nacional de salud. Los niños son quienes pagan el precio más alto, en Afganistán son el 24% por ciento de las víctimas entre 2015 y 2016. Más de un millón de niños sufren desnutrición aguda en Afganistán.

Resulta alarmante que esta violencia actual se reproduzca justamente después de 150 años desde que, tras el nacimiento de la Cruz Roja en 1863 y el primer Convenio de Ginebra en 1864, el origen del Derecho Internacional Humanitario se justificó por la protección a heridos, enfermos y personal sanitario en las guerras decimonónicas hasta alcanzar la universalidad de los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949.

Por la doctrina [4] se relatan ejemplos actuales (algo más que los incidentes diarios de la realidad de la guerra) como la detonación de una segunda bomba para causar daños al personal de los servicios de emergencia que acuden a socorrer a las víctimas de una primera explosión, el bombardeo de hospitales (desconociendo los principios de distinción y precaución), la demora arbitraria en los puntos de control (*checkpoint*), la detención injustificada de médicos o personal de salud, así como los registros de hospitales o centros de salud por grupos armados con el fin de asesinar a los heridos o enfermos allí asistidos (protegidos como víctimas de la guerra) y dar muerte también al personal sanitario que goza de inmunidad.

2 La violencia contra la asistencia sanitaria en los conflictos armados actuales

Los casos actuales [5] son numerosos y continuos.

El CICR [6] ha estudiado la violencia contra la asistencia de salud y sus programas para facilitar su protección en Afganistán, Somalia y la República Democrática del Congo desde 2010 a 2013. Asimismo, se analizaron en relación con la situación sanitaria, los casos de seis países: Afganistán, República Centro-Africana, República Democrática del Congo, Haití, Palestina y Somalia [7].

En el mes de mayo de 2011 la misión médica de la Cruz Roja y sus ambulancias fueron objeto de ataques en Misrata (Libia), con el resultado de una enfermera muerta y heridos, se usaron indebidamente los emblemas de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las ambulancias para transportar armas.

El 21 de julio de 2014, el CICR y la Media Luna Roja Palestina efectuaron un llamamiento [8] a las partes en conflicto y a la comunidad internacional para que se respete el Derecho Internacional Humanitario. En particular en el territorio de Gaza y el sur de Israel (de los 559 muertos palestinos, 443 son personas civiles; en Israel se registraron 28 fallecidos). El hospital de Al Qsa (en Deir El Balh) fue bombardeado cuatro veces, con graves daños.

Es bien conocido el ataque al hospital de Médicos sin Fronteras en Kunduz (Afganistán), que causó 46 muertos, uniéndose el CICR a la propuesta de rendición de cuentas, para que la Comisión Internacional Humanitaria de Encuesta inicie una investigación, complementaria de las que han llevado a cabo Estados Unidos de América (finalizó con sanciones disciplinarias y reconocimiento de indemnizaciones), la OTAN y Afganistán.

Según la Organización Mundial de la Salud, en Siria [9] no pueden funcionar casi el 60% de los centros de salud, en un país donde 25.000 personas resultan heridas cada mes. En 2014 se produjeron 93 ataques, que aumentaron a 130 en 2015 y fueron 120 en 2016. En 2016 fue atacado el hospital de Deir al Zor, con 20 muertos. En abril de 2016 fue bombardeado y completamente destruido con 27 muertos, el Hospital Al Quds de Alepo [10] en el norte de Siria, apoyado por el CIRC y Médicos sin Fronteras.

En la actualidad, comenzando por Afganistán [11], en Kabul (8 marzo 2017) fue perpetrado un ataque al hospital Sardar Mohammad daud Khan con 49 muertos y casi un centenar de heridos. Este mismo año (2017) un ataque a un convoy humanitario del CICR en Afganistán causó seis muertos y dos desaparecidos. También en 2017 fueron asesinados delegados del CICR en Nigeria. En Yemen [12], desde marzo de 2015 (comienzo del conflicto) hasta marzo de 2017, se produjeron 160 ataques contra instalaciones de salud con una media de 20 muertos diarios. La obstrucción a las ambulancias es práctica diaria en los conflictos de Sudan del Sur, Gaza y Ucrania.

Irene Raciti [13] se pregunta qué clase de violencia se produce en el ámbito de la asistencia de salud en los actuales conflictos armados, respondiendo que se perpetra contra los heridos y enfermos, contra el personal de salud, contra los transportes sanitarios y contra los centros de salud. Añadiendo que los estudios del CICR han demostrado que se trata de un fenómeno complejo que comprende ataques directos contra el personal de salud y las instalaciones, obstrucción del transporte sanitario, ataques contra las ambulancias, retrasos en los puestos de control, discriminación de pacientes, utilización de armas explosivas en la proximidad de los hospitales, ocupación o uso abusivo de la estructura de salud, robo de medicamentos, detención de pacientes contra la opinión médica y agresión al personal de salud. . En definitiva, inseguridad general que afecta al acceso a la salud.

3. Los principios éticos de la asistencia sanitaria en tiempo de conflicto armado y situaciones de emergencia

3.1 Presentación

Vivienne Nathanson [14], antes de plantear los dilemas éticos y retos que se presentan al personal sanitario en tiempo de conflicto armado, considera conveniente aportar una definición general de la ética médica (ética de la asistencia de salud) como un conjunto de principios aplicables

por los trabajadores de la salud que establecen límites a la libertad de los profesionales de la asistencia de salud en su toma de decisiones.

En este apartado nos referiremos a los “Principios éticos de la asistencia de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia” [15] aprobado el 30 de junio de 2015 por el Comité Internacional de la Cruz Roja, (en el marco del proyecto de Asistencia de Salud en peligro: *Health Care in Danger*, 2011), en consultas con la Asociación Médica Mundial (AMM), El Comité Internacional de Medicina Militar (CIMM), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Federación Farmacéutica Internacional (FFI), persiguiendo y consiguiendo el objeto de que estas organizaciones alcanzaran un denominador común de tales principios éticos plasmado en este documento que recoge la doctrina vigente de tales organizaciones.

Anna Badía [16] nos informa detalladamente sobre las organizaciones autoras del texto (CICR, médicos, enfermeras y farmacéuticos, a los que hay que añadir la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina). Añade esta autora, acertadamente, que no se trata de un texto jurídicamente vinculante (naturaleza que corresponde a las normas de DIH y DD.HH.) sino un “código ético” que tiene carácter complementario. Para concluir que es una forma de llamar la atención frente a las prácticas recientes de escasa seguridad y, en cuanto al contenido, que no se evidencia ninguna novedad.

Es, en efecto, el sistema tradicionalmente seguido por el Comité Internacional de la Cruz Roja (en sus Guías o Códigos de Conducta) que no tienen valor normativo, pero en su redacción se cuida de recoger o no apartarse del contenido jurídicamente vinculante de los Convenios de Ginebra, sus Protocolos Adicionales u otros instrumentos de DIH. Así el Documento de Montreux, sobre las buenas prácticas de los Estados en relación con las empresas privadas militares y de seguridad en los conflictos armados [17]. Y la Guía para la interpretación de la noción de participación directa en las hostilidades, donde se advierte que refleja únicamente el punto de vista del CICR, por lo que no es en absoluto un texto normativo ni convencional, aunque trata de reflejar el DIH y no cambia su contenido [18].

3.2. *Objetivo, principios y normas*

Fruto del consenso alcanzado por el CICR y las tres organizaciones que suscriben estos principios es el objetivo común que comparten: Mejorar la seguridad de su personal y sus bienes (instalaciones y transportes) y prestar una asistencia médica imparcial y eficiente. La imparcialidad constituye uno de los principios fundamentales del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja e incluye los conceptos de no discriminación y de proporcionalidad.

No podía faltar en estos principios una cita expresa del principio de humanidad, que parte de una ética de solidaridad humana y está indisolublemente unido a la irrenunciable meta de conseguir una paz justa y duradera. Dice el Principio de Humanidad: “El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de la humanidad en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos”.

Otro principio sustancial es la imparcialidad, aplicable en este caso a la asistencia de salud que se debe prestar sin discriminación [19].

Cita obligada en estos principios éticos es la referencia concreta a las normas del DIH (Convenios de Ginebra de 1949 y Protocolos Adicionales de 1977). Se echa de menos la mención del Protocolo III de 2005, omisión que se corrige en el apartado 12 que no se olvida del “cristal rojo” como emblema de protección. También en este apartado se alude al Derecho Internacional de los Derechos Humanos, citando expresamente la Declaración Universal de Derechos Humanos (1946), y los Pactos Internacionales de Derechos Civiles y Políticos y de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966.

Al referirse Vivienne Nathanson [20] a estas consideraciones legales, afirma que los códigos éticos han adquirido un estatuto similar al derecho consuetudinario. No podemos compartir esta aseveración pues es evidente que el Derecho consuetudinario es fuente del Derecho Internacional (del mismo modo que el derecho convencional) y tiene una naturaleza distinta a la de los principios o códigos éticos, que carecen del carácter propio de un instrumento jurídicamente vinculante. Basta para ello confrontarlos con las 161 Normas de Derecho Internacional Humanitario Consuetudinario [21] del CICR.

Este apartado introductorio finaliza con una referencia a los principios de ética profesional adoptados por las asociaciones profesionales de asistencia de salud, con expresa cita del Reglamento en Tiempo de Conflicto Armado y otras situaciones de Violencia de la Asociación Médica Mundial (AMM). Como antecedentes cabría también hacer referencia a la Declaración de Ginebra, adoptada en Septiembre de 1948 de la Asociación Médica Mundial, que lleva adjunto el Código Internacional de Ética Médica, aprobado en octubre de 1948.

3.3. Principios generales

El principio general que inicia y preside este código de conducta sanitario se expresa diciendo que los principios éticos de la asistencia de salud no cambian en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. Son idénticos a los que se aplican en tiempo de paz. La doctrina ha recogido esta identidad, sin dejar de reconocer la existencia de principios éticos específicos para tiempo de conflicto armado y situaciones de violencia [22]. Acaso por esta identidad, Anna Badía [23] concluye que el contenido del código ético no evidencia ninguna novedad.

El segundo principio general declara que el personal de la salud deberá actuar, en todas las circunstancias (y es inevitable recordar que esta expresión “en todas las circunstancias” es la utilizada por el Artículo 1 común a los Convenios de Ginebra de 1949, para excluir la existencia de excepciones), de acuerdo con:

- Las normas pertinentes del Derecho internacional

Y ello supone una excepción en la confidencialidad de la asistencia sanitaria, pues algunas normas nacionales obligan a declarar la atención en el caso de enfermedades transmisibles o en el ámbito de delitos graves que atenten contra la seguridad nacional.

- Los principios éticos de la asistencia de salud, y
- La conciencia del personal de salud.

Añade el principio que, al proporcionar al paciente la mejor asistencia de salud posible, los agentes de salud deberán tener en cuenta el uso equitativo de los recursos[24].

Sin duda el principio fundamental es el recogido en el número tercero, pues determina la función primordial del personal de la salud, que no es otra que proteger la salud física y mental de las personas y aliviar el sufrimiento (aliviar el sufrimiento de la humanidad, es el contenido del principio de humanidad). Principio que cita a continuación para calificar la prestación de los cuidados médicos, al que se añade el respeto a la dignidad del paciente y se completa con el principio de no discriminación de ningún tipo (que recuerda el de imparcialidad). Estos tres principios se aplican en tiempo de paz o en tiempo de conflicto armado u otras situaciones de emergencia.

El cuarto principio es una limitación específica para el personal de salud en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de emergencia. Parte de que este personal goza de privilegios y facilidades (la inmunidad del personal sanitario que garantiza el DIH) y declara que en ningún caso se utilizarán para fines diferentes [25] de las necesidades de la asistencia de salud, como los experimentos médicos.

Finalmente, el quinto principio enuncia en términos imperativos (cualesquiera que sean los argumentos aducidos, ...jamás..., en ninguna circunstancia) el deber del personal de salud de no aceptar los actos de tortura u otras formas de tratos crueles, inhumanos o degradantes. Es evidente la referencia al Derecho Internacional de los Derechos Humanos y al DIH. Cautelarmente se dispone que tampoco están exentos de este deber en tiempo de conflicto armado u otras situaciones de

emergencia [26]. Además, se prohíbe expresamente que los agentes de salud se hallen presentes en tales actos o participen en su ejecución.

3.4. Relaciones con los pacientes

Afirma Anna Badía [27] que los párrafos que se refieren a las “relaciones con el paciente” recogen los principios de la bioética: consentimiento informado del paciente, imparcialidad y no discriminación, confidencialidad y respeto a la intimidad del paciente.

En efecto, el principio sexto establece que el personal de la salud actuará en el mejor interés de sus pacientes (principio general) y, en todos los casos posibles, con su consentimiento explícito. Naturalmente hay excepciones [28], como los casos en que no puede prestarse ese consentimiento por incapacidad del paciente, las barreras del idioma o el rechazo del tratamiento. Como este principio no está exento de dilemas para el personal sanitario, se dispone como norma general que si los agentes de salud experimentaran “conflictos de lealtad”, su obligación fundamental, conforme a la ética, es hacia sus pacientes.

El séptimo principio es específico para los conflictos armados y otras situaciones de emergencia, resolviendo las situaciones de clasificación previas a la prioridad en la atención de los pacientes heridos o enfermos. Comienza expresando una obligación imperativa para el personal de la salud: prestar la atención médica inmediata y dispensar los cuidados necesarios, en la medida de sus posibilidades. Ahora bien, los agentes de salud no deben distinguir entre pacientes, de forma que se afirma el principio de no discriminación. Este principio encuentra su base normativa en la obligación prevista (I y II Convenios de Ginebra de 1949) de recoger y asistir a los heridos, enfermos y náufragos (tanto propios como de la parte adversa en un conflicto armado) sin otro criterio que el deontológico y profesional médico [29]. El principio determina como criterios a seguir para tomar las decisiones: las necesidades médicas y los recursos disponibles. Vivienne Nathanson [30] nos ilustra sobre las dificultades que presenta el *triage* (o proceso que permite la clasificación de pacientes según el orden prioritario para el tratamiento o asistencia) y los dilemas que presenta para los médicos militares en caso de conflicto armado.

El respeto al derecho de la confidencialidad de los pacientes se recoge en el principio octavo, que parte del reconocimiento general de este derecho. Pero existen algunas excepciones basadas también en la ética. En el código de conducta que comentamos se recogen el consentimiento del paciente o la existencia real e inminente de daños al paciente o a otras personas. Es clásica la obligación de comunicación a las autoridades sanitarias en el caso de enfermedades contagiosas por el peligro de propagación a otras personas. Pero las excepciones a la confidencialidad plantean las “obligaciones dobles” del personal sanitario, ante la existencia de normas de derecho interno que obligan a la denuncia del mismo hecho de la asistencia en el caso de delitos graves (terrorismo) o a la delación de combatientes enemigos en caso de conflicto armado. Fue el caso, ya analizado, de la sentencia [31] de la Corte Interamericana de Derechos Humanos en el caso de María Teresa de la Cruz Flores (condenada por no denunciar el hecho) contra la República del Perú. Aunque existe en las normas del DIH una cláusula de reserva de la legislación nacional (Art.10. 3 y 4 del Protocolo II de 1977, Adicional a los Convenios de Ginebra), debemos concluir con el profesor Pérez González [32] que “No puede obligarse a ninguna persona que ejerza una actividad médica a dar a una autoridad información sobre los heridos y los enfermos por ella asistidos cuando dicha información pudiera ser perjudicial para éstos o para sus familiares” (Principio de humanidad).

Vivienne Nathanson [33], después de profundizar en las obligaciones dobles de los médicos, detalla en consulta formulada por los médicos militares del Reino Unido a la Asociación Médica Británica, las excepciones a la confidencialidad.

El apartado noveno consagra la garantía del respeto por el personal de salud a la intimidad de las personas heridas, enfermas y fallecidas, ya reconocido en el Derecho Internacional de los Derechos Humanos y en el DIH. Amplía este deber aludiendo a la prohibición de prestar servicios de asistencia de salud a los heridos y enfermos, sean civiles o militares, con fines políticos o de publicidad.

3.5. Protección del personal de salud

El apartado décimo reproduce el principio general, propio del DIH, de protección de los protectores y se refiere al respeto universal (“por todos”) que se proclama en relación con el personal de salud, instalaciones (unidades) y transportes sanitarios, civiles o militares. Se garantiza, en concreto, la inmunidad del personal sanitario o agentes de salud, protegidos mientras llevan a cabo sus tareas y, además, se impone la obligación de proporcionarles un entorno de trabajo tan seguro como sea posible.

El acceso seguro a los pacientes y víctimas se contiene en el apartado undécimo, al disponer que no deberá obstaculizarse indebidamente el acceso seguro del personal de salud a los pacientes, a las instalaciones sanitarias y a los equipos médicos.

El artículo 23 del IV Convenio de Ginebra establece que los Estados Partes autorizarán el libre paso de todo envío de medicamentos y material sanitario, destinados exclusivamente a la población civil de la otra parte, aunque sea enemiga. El artículo 70 del Protocolo I de 1977, completa esta disposición [34] dirigida a la protección de todas las personas civiles, aunque no se encuentren en territorios ocupados.

Conforme al artículo 55 del IV Convenio de Ginebra, es deber de la potencia ocupante (en la medida de sus posibilidades) abastecer a la población civil de víveres y productos médicos, importándolos cuando sean insuficientes las existencias en el territorio ocupado.

La potencia ocupante, obligada por el DIH a aceptar las acciones de socorro a favor de la población civil (arts. 59 y 60 del IV Convenio de Ginebra), debe autorizar el libre paso de la ayuda humanitaria y garantizar su protección. Tendrá, en todo caso, derecho a verificar los envíos, reglamentar su paso (itinerarios y horarios), pero no podrá denegar arbitrariamente el acceso humanitario.

Las consecuencias de la obstaculización arbitraria del acceso humanitario pueden tener alcance penal, constituyendo un crimen de guerra como establece el artículo 8.2.b) xxv del Estatuto de la Corte Penal Internacional. Conducta que ha sido tipificada como delito en numerosas legislaciones penales nacionales.

La Norma 55 del DIH Consuetudinario dispone: “Las partes en conflicto permitirán y facilitarán, a reserva de su derecho de control, el paso rápido y sin trabas de toda la ayuda humanitaria destinada a las personas civiles necesitadas que tenga carácter imparcial y se preste sin distinción desfavorable alguna” [35].

Añade este código ético que tampoco se interpondrán obstáculos indebidos al acceso de los pacientes a las instalaciones sanitarias y al personal de la salud.

El apartado décimo segundo se refiere al valor identificativo y protector de los emblemas internacionalmente reconocidos: Cruz Roja, Media Luna Roja y Cristal Rojo, cuando tiene derecho a ellos el personal de salud.

El emblema de la Cruz Roja sobre fondo blanco fue adoptado en la Conferencia Internacional reunida en Ginebra entre el 26 y el 29 de octubre de 1863. La Conferencia Diplomática del año 1929 reconoció los símbolos de la Media Luna Roja y el León y el Sol Rojos (al que renunció Iran en 1980) como emblemas protectores, con las mismas connotaciones que la Cruz Roja.

El signo de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja puede tener dos significados, que determinan las circunstancias de su uso [36].

- Uso protector y uso indicativo.

El carácter protector es su significación esencial en tiempo de conflicto armado, indica la protección que confieren los Convenios de Ginebra. Es utilizado por el personal (Servicio Sanitario militar, voluntarios de las Sociedades Nacionales y Delegados del Comité Internacional de Cruz Roja), las Unidades Sanitarias (Hospitales, puestos de socorro de campaña) o los medios de transporte sanitarios (ambulancias, buques hospitales o aeronaves sanitarias) protegidos por los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales.

El carácter indicativo del emblema identifica que una persona o un objeto pertenece al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

La Conferencia Diplomática de 2005 aprobó el Protocolo Adicional III a los Convenios de Ginebra, relativo a la adopción de un signo distintivo adicional [37]. El nuevo emblema fue denominado “Cristal Rojo” en la XXIX Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Ginebra, 2006) está compuesto por un marco rojo cuadrado sobre fondo blanco, colocado sobre uno de sus vértices.

Finalmente, el apartado decimotercero establece que el personal de salud en ningún caso será castigado por ejercer su labor en cumplimiento de las normas jurídicas y éticas. Esta prohibición está recogida en los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales de 1977. Debemos citar de nuevo la Sentencia de la Corte Interamericana de Derechos Humanos de 2004, en el caso de María Teresa de la Cruz Flores contra la República del Perú [38] y el voto razonado del juez Sergio García Ramírez: resulta inadmisibles el sancionar penalmente la conducta del médico que brinda la atención destinada a proteger la salud y la vida de otras personas, con independencia de las características de éstas, sus actividades y convicciones y el origen de sus lesiones o enfermedades.

Las organizaciones firmantes, en el apartado decimocuarto, hacen suyos estos principios éticos y se comprometen a trabajar a favor de su promoción e implementación, así como en su difusión entre sus miembros.

Referencias Bibliográficas

1. Aprobada el 3 de mayo de 2016 a propuesta del Reino de España. Ver S/RES/2286(2016).
2. Bernard, Vicent, Editor Jefe, en Editorial “Violence against Health Care: Giving in is not an option”, en *International Review of the Red Cross*, Violence against Health Care, Volume 95, Number 889, Spring 2013, p. 6.
3. Raciti, Irene, “Asistencia de Salud. Pasar a la acción”, conferencia pronunciada el 26 de abril de 2017 en el XIX Curso de Derecho Internacional Humanitario, celebrado en Madrid y convocado por la Cruz Roja Española y el Instituto Universitario “General Gutiérrez Mellado”.
4. Bernard, Vicent, “Editorial”, cit. pag. 5
5. Durante la redacción de este estudio un paciente asesinó (11 de septiembre de 2017) a la cooperante española Lorena Enebral Pérez, fisioterapeuta que desarrollaba su labor humanitaria en el Centro de Ortopedia del Comité Internacional de la Cruz Roja en Mazar-e-Sharif (Afganistán).
6. Terry, Fiona, “Violence against health care: insights from Afghanistan, Somalia and Democratic Republic of the Congo”, en *International Review of the Red Cross*, number 889, ob. Cit. pp. 23 y ss.
7. Pavignani Enrico, Michael Marcus, Murru Maurizio, Beesley Mark E. y Hill peter S. “Making sense of apparent chaos: health-care provision in six country cases studies”, en *International Review of the Red Cross*, number 889, ob. Cit. pp. 41 y ss.
8. Informe de situación de 23 de julio de 2014. Cruz Roja Española.
9. Raciti, Irene, “Asistencia de salud. Pasar a la Acción”, ob. Cit.
10. “El ataque al hospital de Alepo es una llamada de alerta para Naciones Unidas”, artículo de Joanne Liu (Médicos sin Fronteras) y Peter Maurer (CICR), publicado originalmente en *The Guardian*. Ver también, Comunicado de Prensa del CICR de 28 de abril de 2016.
11. Raciti, Irene, “Asistencia de ...”, ob. Cit.
12. Raciti, Irene, “Asistencia de ...”, ob. Cit.
13. Raciti, Irene, “Asistencia de ...”, ob. Cit.
14. Nathanson, Vivienne, “Medical ethics in peacetime and wartime: the case for a better understanding”. En *International Review of the Red Cross*, Violence against Health Care, Number 889, cit. pp. 189 y ss, en particular p. 190.
15. www.icrc.org/es/document/principios-eticos-comunes-asistencia-salud-conflictos-otras-situaciones-violencia Hay traducción al idioma español.
16. Badia Martí, Anna, “Comentarios a los Principios éticos de la asistencia de salud en tiempos de conflictos armados y otras situaciones de emergencia”, *Revista de Bioética y Derecho & Perspectivas Bioéticas*, Universitat de Barcelona, www.bioeticayderecho.ub.edu -ISSN 1886-5887, pp. 125 y ss., en particular pp. 129 y 130, así como pp. 132 y 133.

17. Labori Iglesias, Mario, "Empresas militares y de seguridad privadas", en Derecho Internacional Humanitario, Tirant y Cruz Roja Española, Valencia 2017. pp. 205-219.
18. Rodríguez-Villasante y Prieto, José Luis, "Participación directa de las personas civiles en las hostilidades", en Derecho Internacional Humanitario, ob. Cit. p. 781
19. Nathanson, Vivienne, "Medical ethics in peacetime and wartime...ob., cit. pp. 195 y 196
20. Nathanson, Vivienne, "Medical ethics in peacetime and wartime...ob. cit. pp. 198 y 199.
21. Henkaerst, J-M y Doswald-Beck, Louise, Customary International Humanitarian Law, Vol. I. Rules, Cambridge University Press, Cambridge, 2005. Pp. 79, 86 y 102. Ver normas 25, 26 y 30.
22. Nathanson, Vivienne, "Medical ethics in peacetime and wartime...ob. cit. pp. 198 y 199 a 212.
23. Badia Martí, Anna, "Comentarios a los Principios éticos de la asistencia de salud...ob., cit. pp. 131 y 133.
24. Nathanson, Vivienne, "Medical ethics in peacetime and wartime... ob. cit. p. 202.
25. Nathanson, Vivienne, "Medical ethics in peacetime and wartime... ob. cit. pp. 206 y 207.
26. Nathanson, Vivienne, "Medical ethics in peacetime and wartime... ob. cit. pp. 210, 211 y 212.
27. Badia Martí, Anna, "Comentarios a los Principios éticos de la asistencia de salud... ob., cit. p. 132.
28. Nathanson, Vivienne, "Medical ethics in peacetime and wartime...ob. cit. pp. 202 y 203.
29. Otero Solana, Vicente, "La protección del medio sanitario en los conflictos armados", en Derecho Internacional Humanitario, ob. Cit. pp. 655-656.
30. Nathanson, Vivienne, "Medical ethics in peacetime and wartime...ob., cit. pp. 199 a 200.
31. Perez Gonzalez, Manuel, "El acto médico a la luz del Derecho internacional humanitario: Una valoración jurídica", en El Derecho Internacional: normas, hechos y valores. Liber amicorum Jose Antonio Pastor Ridruejo, Servicio Publicaciones Facultad de Derecho Universidad Complutense de Madrid, 2005.
32. Perez Gonzalez, Manuel, "El acto médico a la luz del Derecho internacional humanitario.., ob. Cit.
33. Nathanson, Vivienne, "Medical ethics in peacetime and wartime...ob., cit. pp. 204, 205 y 206.
34. Sandoz, Yves, (2001), "Comentario al artículo 70", en Comentario del Protocolo de 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949", CICR y Plaza y Janés, Bogotá, 2001, edición en español, Pp. 1141 a 1162
35. Henckarts J-M y Doswald-Beck, Louise, Customary International Humanitarian Law, ob. Cit. norma 55, p. 193-200.
36. Antón Ayllón, Manuel, Babé Romero, Mercedes y López Sánchez, Joaquín, "El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja", en Derecho Internacional Humanitario, ob. Cit, p. 271 y ss.
37. Bugnion, François, Croix rouge, croissant rouge, cristal rouge, CICR, 2007, pp. 35 y ss.
38. Pérez Gonzalez, Manuel, "El acto médico a la luz del Derecho internacional humanitario.., ob. Cit.



© 2017 por los autores; Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento 4.0 Internacional de Creative Commons. Para ver una copia de esta licencia, visite <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>.