

# Los Convenios de Ginebra y el servicio de sanidad en campaña \*

por el Médico general inspector J. Miné

Hablar de los Convenios de Ginebra y del servicio de sanidad en campaña es remontarse a los orígenes, incluso del derecho internacional humanitario. Acaso éste no nació precisamente de la tragedia que vivió, el año 1859, en la batalla de Solferino, la desdichada cohorte de heridos a causa de una muy insuficiente organización de socorro en ambos bandos.

Pero, es también la ocasión de recordar, sin restar mérito alguno a Henry Dunant, la labor realizada por destacadas personas del servicio de sanidad que, con muchas otras, contribuyeron destacadamente a la germinación de ideas humanitarias que se plasmaron en el primer Convenio de Ginebra, aprobado el año 1864.

Sin querer hacer aquí una lista exhaustiva, permítasenos citar, en primer lugar, a Ambroise Pare que escribió en sus comentarios acerca del asedio, el año 1552, de la ciudad de Metz: «Asimismo, los enemigos dejaron en la abadía de Saint-Arnould a muchos de sus soldados heridos, pues no disponían de los medios para trasladarlos. Mi señor de Guize envió a todos suficientes víveres y me ordenó, así como a los demás cirujanos, que les proporcionásemos apósitos y medicamentos, lo que hicimos con agrado».

Nos ha llegado también el código de medicina militar de Jean Colombani, inspector de hospitales, publicado el año 1772, en el cual reivindica el respeto de los heridos hechos prisioneros. Posteriormente, en 1789, las propuestas de Claude Pierson, intendente de hospitales militares, van en el mismo sentido. En 1800, el barón Percy intentó la aprobación de un proyecto, en virtud del cual se declaraban inviolables los hospitales de campaña. Hippolite Larrey se convirtió, el año 1861, en el divulgador de las memorias que le había remitido el farmacéutico Philippe Arnoult, relativas a la protección debida a los heridos. Podríamos mencionar también el código de los oficiales sanitarios del ejército de tierra, publicado en 1863, en el cual se prohíbe, en caso de retirada, abandonar a los

\* Conferencia pronunciada en París, el mes de febrero de 1986 con motivo de las «Jornadas nacionales de instrucción» de la Asociación Nacional de Oficiales de Reserva del Cuerpo Técnico y Administrativo del Servicio de Sanidad de los Ejércitos (ANORCTASSE), dedicadas a la Cruz Roja Internacional y a los Convenios de Ginebra.

heridos sin prestarles asistencia médica. Por último, Baudens preconiza, en sus memorias póstumas, publicadas el año 1865, un acuerdo entre naciones para socorrer a todos los heridos, así como la adopción de un signo de reconocimiento común para los médicos y para el personal hospitalario beligerante.

Desde entonces, muchos otros médicos militares han contribuido al desarrollo y a la difusión de un derecho humanitario. Evocaremos el nombre de uno solo, que fue igualmente un eminente historiador del servicio, el médico general Lambert des Cilleuls.

\*  
\* \*

El tema que aquí abordo puede considerarse como una reflexión sobre el comportamiento individual y colectivo del servicio de sanidad en campaña teniendo en cuenta las responsabilidades que se le asignan en los Convenios de Ginebra. Tomaremos como base de nuestra reflexión los últimos Convenios en vigor, es decir, los de 1949. Tienen fuerza de ley para Francia, que los ratificó; también ratificó, en 1984, uno de los dos Protocolos adicionales de 1977, el Protocolo II relativo a los conflictos no internacionales.

De hecho, en los Convenios de Ginebra se estipulan algunos derechos y deberes aplicables al servicio de sanidad, que conviene recordar y concentrándonos, claro está, en las disposiciones esenciales.

Por lo que respecta a los *derechos*, pueden resumirse de la siguiente manera:

- El personal sanitario, tanto permanente como temporero, será protegido y respetado (enfermeros o camilleros auxiliares) oficialmente agregado al servicio y empleado como tal. Debe estar provisto de una tarjeta de identidad, en la que se determine la parte de la que dependa; además, puede llevar armas.
- Se otorga también protección similar a los establecimientos, las formaciones, el material y el transporte sanitarios, incluidos los vehículos, las aeronaves y los barcos hospitalares. No pueden ser objeto de ataques y está prohibido obstaculizar su funcionamiento, incluso si en ellos no hay temporalmente heridos ni enfermos. Los barcos hospitalares no pueden ser capturados en ninguna circunstancia.
- Cabe mencionar, asimismo, otra protección: los miembros del personal del servicio de sanidad no serán retenidos y, en caso de

que caigan en poder del enemigo, no serán considerados como prisioneros de guerra.

- Por último, señalemos que estas disposiciones se aplican a las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y, a veces, a otras sociedades de socorro que participan oficialmente en la recogida y en la asistencia de los enfermos y a los heridos.

Tendremos ocasión de analizar indirectamente todos estos derechos cuando abordemos los deberes, pues están estrechamente relacionados.

Conviene, sin embargo, formular tres observaciones:

- Es importante analizar detenidamente el alcance de tal protección, que no se otorga al servicio de sanidad en sí, sino por los servicios de asistencia que presta a las víctimas y porque es una manera de posibilitar que cumpla mejor sus obligaciones. No se trata de privilegiar al servicio, sino a los heridos que le han sido confiados, lo que evidencia los límites de la protección conferida al servicio y le exige, así como a cualquiera de sus miembros, so pena de perder tales prerrogativas, que cumpla escrupulosamente su misión de asistencia y de socorro.
- La segunda observación se refiere a la redacción del texto del Protocolo adicional I, y más particularmente a la de su artículo 8, en virtud del cual sólo se otorga protección «al personal sanitario que son personas destinadas por una Parte en conflicto exclusivamente a los fines sanitarios»<sup>1</sup>. El texto así redactado puede prestarse a cierta confusión, ya que se puede enten-

---

<sup>1</sup> En el art. 8 del Protocolo I se estipula, entre otras cosas:

- «c) se entiende por «personal sanitario» las personas destinadas por una Parte en un conflicto exclusivamente a los fines sanitarios enumerados en el apartado e), o a la administración de las unidades sanitarias o al funcionamiento o administración de los medios de transporte sanitarios. El destino a tales servicios podrá tener carácter permanente o temporal. La expresión comprende:
  - i) el personal sanitario, sea militar o civil, de una Parte en conflicto, incluido el mencionado en los Convenios I y II, así como el de los organismos de protección civil;
  - ii) el personal sanitario de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja (Media Luna Roja, León y Sol Rojos) y otras sociedades nacionales voluntarias de socorro debidamente reconocidas y autorizadas por una Parte en conflicto;
  - iii) el personal sanitario de las unidades o los medios de transporte sanitarios mencionados en el párrafo 2 del artículo 9; (...)
- e) se entiende por «unidades sanitarias» 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 naufragos, así como la prevención de las enfermedades. La expresión comprende, entre otros, los hospitales y otras unidades

der que el personal administrativo del servicio de sanidad no se beneficia de la protección de dicha disposición.

En realidad, no hay tal ambigüedad. Nada justifica la interpretación restrictiva que algunos han querido darle. Así pues, conviene atenerse a las disposiciones del artículo 24 del I Convenio de Ginebra de 1949, perfectamente claras en ese sentido. Por lo demás, Francia no ha ratificado el Protocolo adicional I.

- Con respecto a la tercera observación, hemos de señalar la preocupación actual del servicio de sanidad de emplear al personal veterinario para reforzar el contingente de las formaciones sanitarias en campaña, y de encomendarle, junto al personal médico y paramédico tradicionales, las tareas de recogida, de traslado y de asistencia. En su misión específica, los veterinarios no forman parte habitualmente de las personas protegidas. En el artículo 22 del I Convenio de Ginebra, se dispone, curiosamente, que debe ser mantenida la protección de los establecimientos<sup>2</sup>, de las formaciones, del material y de los vehículos sanitarios, incluso si en ellos hay personal y material veterinario, que no forman parte integrante de ellos<sup>2</sup>. El problema (si se plantea) puede resolverse fácilmente. Habrá que velar por que los veterinarios que presten servicios formen oficialmente parte del dispositivo de asistencia y puedan probar su pertenencia al mismo.

\*  
\* \*

---

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; (...).

<sup>2</sup> Art. 22: «No se considerará que priva a una unidad o a un establecimiento sanitario de la protección garantizada en el artículo 19:

1. el hecho de que el personal de la unidad o del establecimiento esté armado y utilice sus armas para la propia defensa o la de sus heridos y enfermos;
2. el hecho de que, por falta de enfermeros armados, la unidad o el establecimiento esté custodiado por un piquete o por centinelas o por una escolta;
3. el hecho de que haya, en la unidad o en el establecimiento, armas portátiles y municiones retiradas a los heridos y a los enfermos, y que todavía no hayan sido entregadas al servicio competente;
4. el hecho de que haya, en la unidad o en el establecimiento, personal y material del servicio veterinario, sin formar parte integrante de ellos;
5. el hecho de que la actividad humanitaria de las unidades y de los establecimientos sanitarios o de su personal se haya extendido a personas civiles heridas o enfermas».

A continuación, examinaremos los *deberes*, que pueden dividirse en dos grupos:

- los deberes que calificaremos de militares y
- las obligaciones de índole técnica

La finalidad de los primeros es garantizar y justificar el principio de protección, es decir que el servicio de sanidad debe identificar a su personal, sus instalaciones y sus vehículos con los signos convencionales y comprometerse a no emplearlos más que para su misión específica, absteniéndose de cometer lo que los Convénios califican de actos perjudiciales para el enemigo.

En cuanto a las obligaciones técnicas, el servicio de sanidad tiene:

- un deber de asistencia humanitaria, es decir, de recoger, rescatar, proteger y asistir lo mejor posible a los enfermos, a los heridos o a los náufragos;
- un deber de no discriminación; no hará entre ellos, sobre todo entre heridos amigos y enemigos, distinción alguna basada en criterios que no sean médicos;
- un deber de prioridad en el orden de asistencia, basado únicamente en razones de urgencia médica;
- un deber de solidaridad que obliga a no abandonar a los heridos o a los enfermos que caigan en poder de la parte adversa.

Cabe destacar que el respeto que garantizan los Convenios de Ginebra (y todo lo que sigue lo confirmará), se aviene plenamente con el reglamento de disciplina general de los ejércitos, así como con las normas de deontología aplicables a sus médicos y a sus farmacéuticos químicos, lo cual se recuerda en el decreto del 16 de enero de 1981. Nos limitaremos a reproducir su artículo 50: «En tiempo de guerra, deben apoyar, en el respectivo ámbito, la acción de sus camaradas en el conflicto, utilizando los medios técnicos de que dispongan, con un espíritu de solidaridad y de abnegación totales y respetando los convenios humanitarios internacionales.»

Examinando esos deberes, brevemente reseñados, un observador poco interesado podría pensar que no van más allá del contenido de una ética médica, tan antigua como familiar para los médicos, y que, en definitiva, es relativamente fácil respetar.

Pero la realidad es bastante diferente. Hay, por el contrario, toda una serie de factores relacionados con el hecho de guerra que circunscribe este respeto y que tiende a interponer obstáculos que deberá superar el servicio de sanidad.

Lo esencial es que en cada individuo o en cada grupo de individuos implicados en una acción conflictiva aparecen ciertas transformaciones psicosociales radicales, que determinan la influencia de una mentalidad de guerra, caracterizada por la desaparición de prohibiciones existentes en tiempo de paz, la sumisión pasiva al grupo y a la autoridad y, como corolario, el estímulo de la violencia, de la venganza y de la desvalorización de la vida ajena. Todo ello es totalmente contrario al espíritu y a la letra de los Convenios de Ginebra.

Además el servicio de sanidad sobre el terreno no es un elemento aislado en el dispositivo militar. Forma parte integrante del mismo y pertenece necesariamente a una parte en conflicto de la que es solidario. Es decir que, en cierta medida, comparte de igual manera los riesgos, la pasión, el furor y la desolación, otros tantos elementos que lo presionan, que lo inducen a la acción de combate y que lo conducen a una adhesión inevitable, incluso indispensable. Pero esta adhesión lo obliga a permanecer vigilante, ya que podría desviarlo de su vocación inicial y oponerlo a sus deberes humanitarios, influyendo en él y dictando sus opciones.

La índole cada vez más mortífera de los conflictos es un tercer factor que no contribuye a facilitar su labor y que se debe a la creciente eficacia de las armas, a su empleo masivo e indiscriminado, a que ya no hay períodos de tregua, ni de día ni de noche, así como a la desaparición de las zonas protegidas. Por consiguiente, ¿cómo garantizar, para con todos, el deber de prestar asistencia, de elegir el mejor medio terapéutico y de no abandonar a nadie?

\*  
\* \*

¿Cómo desempeña el servicio de sanidad en la práctica su cometido humanitario? Analizaremos su comportamiento en las diferentes etapas de su misión, es decir, la recogida, la selección, la evacuación y el tratamiento. Es evidente que los derechos y los deberes que le incumben están presentes en todas esas etapas, con un matiz particular en cada una de ellas.

Tras haberse desplegado y antes de emprender cualquier actividad técnica, el servicio de sanidad debe preocuparse de la protección de su personal y de sus estructuras. Por lo tanto, debe velar por que el personal esté provisto de los brazales reglamentarios, por que en sus puestos de socorro y en sus ambulancias figure ostensiblemente el signo distintivo de la cruz roja sobre fondo blanco.

Podemos imaginar las dificultades, las resistencias, incluso la hostilidad con que puede tropezar en su propio campo. Es posible que se le acuse de ignorar las realidades militares, dados los imperativos, en parte justificados, de camuflaje y el pretexto de las informaciones que podría conseguir el enemigo acerca del dispositivo militar adverso.

¿Cuál es, en realidad, el valor de tal protección? Suele ser muy ilusoria porque nos encontramos muy cerca de las zonas conflictivas, porque las armas son ciegas, porque el personal sanitario no siempre es reconocido como tal y porque, de todas formas, correrá riesgos.

De hecho, los peligros, a todas luces excesivos, pueden frenarlo en su acción. ¡Imaginemos la responsabilidad del que se encuentra ante la disyuntiva de arriesgar la vida de sus médicos y de sus camilleros o abandonar deliberadamente a los heridos que los Convenios de Ginebra y su ética profesional le exigen socorrer! En las trincheras de la «Gran Guerra», ¡resonaron con demasiada frecuencia y por largo tiempo los gritos de socorro y, después, de agonía de quienes nunca nadie pudo salvar! Esto fue lo que quizás indujo al doctor Soubiran a escribir: «El médico que recoge a los heridos y a los muertos en el campo de batalla, desempeña su tarea. El médico que resulta muerto, es torpe.» ¡cierto!...¿ Pero se puede dar este calificativo al médico muerto por un enemigo herido al que justamente se disponía a prestar asistencia? ¿Quién puede decir donde está, para el médico, la frontera entre el deber que con valor asume y el heroísmo temerario e inútil?

Si la protección suele ser ilusoria en esta etapa, los muy graves peligros y las dificultades están también presentes, porque al ser los heridos cada vez más numerosos y al estar más gravemente afectados, raras veces se dispone de los medios necesarios, siendo así imposible recogerlos a todos. Algunos son olvidados en zonas inexploradas, otros son asistidos demasiado tarde, otros, por falta de medios, no se benefician de la ayuda adecuada.

Dificultades también, porque es allí, en el frente, donde combatientes y socorristas están más cerca los unos de los otros. Éstos, dado que no pueden evitar las opciones, tendrán que enfrentarse fatalmente, lo que es comprensible, con las presiones partidistas que podrán ejercer aquéllos. El médico del frente deberá dar pruebas de mucha autoridad para decidir e imponer quién debe (el amigo o el enemigo herido) beneficiarse prioritariamente del apósito salvador, de la última tablilla o del último equipo de camilleros.

En el frente más que en cualquier otro lugar, pueden registrarse situaciones, tales como actos condenables o deplorables, y a veces actos de legítima defensa, en que el servicio de sanidad se ve confrontado con la reglamentación convencional.

Son actos condenables, por ejemplo, encubrir la utilización fraudulenta de las instalaciones o de los vehículos, transportar armas, amparar a combatientes sanos o transformar en observatorio un puesto de socorro. Estos actos darían lugar al descrédito y a sospechas cuyas consecuencias funestas es fácil imaginar.

Dígase lo mismo por lo que atañe a un miembro del servicio que tenga la tentación de identificarse a los combatientes y desempeñar un cometido de «cazador de vanguardia». Incluso si no lleva ningún signo distintivo o de identificación, ése no es su cometido. Su presencia es indispensable en otro lugar a fin de desempeñar otras tareas, para las cuales ha sido precisamente preparado. Fuera del hecho de que sólo raras veces obtendría un verdadero reconocimiento, su comportamiento estaría en completo desacuerdo, si no con la letra, al menos con el espíritu de los Convenios.

Por lo que respecta al porte de armas, en los Convenios se especifican las características y las condiciones de utilización de las mismas. Se trata de armas individuales, ligeras, de índole estrictamente defensiva y que no se empleen para el combate organizado o para oponerse a un ataque. En tal caso, la formación no tiene otra alternativa que rendirse. Además, el personal sanitario debe tener una función preventiva, casi de policía, en favor de los heridos, a fin de protegerlos contra los malos tratos o el pillaje.

En la fase de selección, dadas la proximidad de las zonas de combate y la movilidad de las fuerzas de maniobra, no es mayor la protección. En cambio, el señalamiento y la identificación son mejor respetados, la presión del entorno militar es más débil y resulta más fácil la convivencia entre amigos y enemigos.

A este respecto, lo interesante es interrogarse acerca de la legitimidad de tal selección, que cobra toda su trágica dimensión cuando hay una afluencia masiva de heridos. Se trata, en sí, de un acto deliberado de discriminación. La selección se basa en la urgencia de los casos y en los medios disponibles; se hace en perjuicio de los más gravemente afectados y en beneficio de quienes tienen la posibilidad de sobrevivir, a condición de que se les preste inmediatamente la asistencia necesaria.

En los Convenios de Ginebra se reconoce expresamente la licitud de tal acto, incluso su necesidad, calificándolo de «distinción favorable». Pero, es evidente que tal distinción sólo justifica, de



conformidad con lo estipulado en el artículo 12 del I Convenio de 1949, si se funda en razones de índole estrictamente médica <sup>3</sup>.

Se otorga a las evacuaciones primarias y secundarias una total protección de principio, siempre y cuando, una vez más, el señalamiento sea perfecto y se efectúen exclusivamente en favor de los heridos y de los enfermos. Esta exclusividad es particularmente importante cuando se trata de utilizar medios de transporte inhabituales, pero tan eficaces como los helicópteros. Pero en los Convenios no se legitima el hecho de que un mismo aparato realice una misión mixta (sanitaria de ida y militar de vuelta). El ejemplo del conflicto de las Islas Falkland-Malvinas es característico a este respecto.

A menudo, el médico encargado que decide efectuar una evacuación ha de hacer frente a un difícil caso de conciencia. ¿Es necesario arriesgar, llegada la noche, al último equipo de camilleros para evacuar un caso de urgencia y sacrificar a todo el grupo? ¿Hasta qué punto ha de insistirse ante el mando competente para que la evacuación se haga en helicóptero, único medio de salvación, cuando las condiciones meteorológicas o militares son desfavorables y cuando se sabe que la tripulación está dispuesta, si es necesario, a afrontarlas? Como sucedió en Dien Bien Phu, ¿cómo estar seguro de que la selección de heridos efectuada, embarcados en el último avión que puede despegar, es la mejor? Por último, ¿hay que negarse, por falta de ambulancias debidamente señaladas con el signo de la cruz roja, a que los heridos sean trasladados en vehículos de combate, si este es el único medio que queda para evacuarlos hacia una formación de socorro o para evitar que sean capturados?

En los Convenios de Ginebra se aborda ampliamente la cuestión de una eventual captura. El principio fundamental es la solidaridad total del médico para con los heridos y los enfermos que se le hayan confiado. Si son hechos prisioneros, debe compartir su

---

<sup>3</sup> Art. 12: «Los miembros de las fuerzas armadas y las demás personas mencionadas en el artículo siguiente, que estén heridos o enfermos, habrán de ser respetados y protegidos en todas las circunstancias.

Serán tratados y asistidos con humanidad por la Parte en conflicto que los tenga en su poder, sin distinción alguna de índole desfavorable basada en el sexo, la raza, la nacionalidad, la religión, las opiniones políticas o en cualquier otro criterio análogo. Está estrictamente prohibido todo atentado contra su vida y su persona, en particular matarlos o exterminarlos, someterlos a tortura, efectuar en ellos experimentos biológicos, dejarlos deliberadamente sin atención médica o sin asistencia, o exponerlos a riesgos de contagio o de infección causados con esa finalidad.

Sólo razones de urgencia médica autorizarán una prioridad en el orden de la asistencia».

suerte y continuar prestándoles asistencia. Si una formación de tratamiento debe abandonar sus posiciones para no caer en poder del enemigo y si no puede trasladar a todas las personas hospitalizadas o a parte de ellas, dejará con ellas al personal y los medios suficientes para satisfacer sus necesidades. Ese personal podrá ser devuelto, en la medida de lo posible, a su país de origen. Sólo será retenido un contingente considerado indispensable para la salvaguardia médica de los prisioneros de la parte a que pertenece. Los médicos continuarán prestando asistencia únicamente en su favor, y no podrán desempeñar otras tareas.

En la última etapa, la del tratamiento, los derechos y los deberes son respetados más fácilmente, porque estamos lejos del campo de batalla, porque la identificación del personal es ampliamente respetada y porque no tenemos la presión de las unidades combatientes. Ya no se plantean problemas por lo que atañe a protección o a selección. Es la etapa de la dedicación operatoria absoluta, del gesto sencillo pero salvador. Para describirla mejor citaremos algunas líneas de Georges Duhamel, en las que cuenta su experiencia al frente de un «autochir» durante la «Gran Guerra»: «Una máquina, lo repito, una máquina sin alma, debidamente calentada, programada para funcionar mucho tiempo y para efectuar mucho trabajo... Operaba yo cada vez mejor y cada vez más rápidamente a hombres que me eran desconocidos y cuya nacionalidad seguía ignorando.»

Es, a veces, también la fase en la que se ha de saber defender a quienes nos ha confiado el destino. Recordemos la respuesta que dio el hijo de Larrey a las personas que fueron al hospital de Gros Caillou para solicitar que les entregara los heridos de la Guardia Real: «¿Qué queréis? ¿Mis heridos? Son míos, ¡marchaos!»

\*

\* \*

Tras este recorrido, se puede preguntar si el servicio de sanidad no forma parte, en realidad, de los engranajes de la máquina de guerra, y si no está así en contradicción con las normas convencionales por su acción preservadora de los efectivos, así como por su estimulante influencia sobre el ánimo y el ardor de los combatientes. En modo alguno. En el presente caso, no hace más que respetar las normas de deontología que le son propias. A este respecto, en el artículo 15 se estipula que: «El médico de los ejércitos debe preocuparse, en toda circunstancia, de preservar el nivel de los efectivos».

Se impone, sin embargo, una obligación, que es plenamente conforme con los Convenios: nadie puede dictar su comportamiento terapéutico en función de imperativos operacionales inmediatos y en perjuicio del interés médico, a determinado plazo, de los pacientes. Este aspecto de la responsabilidad del personal sanitario es particularmente delicado, dadas las graves secuelas psíquicas que, como bien se sabe, puede dejar un conflicto moderno.

Como se ve, el cometido del servicio de sanidad por lo que atañe al respeto debido a los Convenios de Ginebra no ha sido hasta el presente nada fácil. Podríamos interrogarnos ahora sobre el futuro, para lo cual centraremos nuestra atención en los tres aspectos siguientes:

- la evolución de los armamentos
- la generalización de nuevas formas de conflicto y
- la aparición de temibles factores socioculturales.

¿Los armamentos? Actualmente, la tecnología permite que los combatientes luchen sin ver al adversario en tierra, en el mar y en el aire. Por consiguiente, ¿cómo poder reconocer al beneficiario de la protección? ¿Por señales de radio especialmente reservadas para las evacuaciones sanitarias? ¿Por radar? Los helicópteros no pueden tener tales aparatos. ¿Por acuerdo previo sobre la señal distintiva? Estamos aún en las conversaciones preliminares y en la delimitación de zonas neutrales, previstas ya en el artículo 23 del I Convenio de Ginebra, denominadas zonas sanitarias<sup>4</sup>.

Sin querer evocar la eventualidad de una guerra bacteriológica, química o nuclear, somos testigos actualmente de la generalización de nuevas formas de conflicto: guerras civiles, guerrillas, conflictos llamados localizados. A este respecto, tenemos desafortunadamente cierta experiencia. El servicio de sanidad ha tenido que aprender a no eludir sus obligaciones, so pretexto de la no reciprocidad, como se lo imponen, por lo demás, los Convenios. Y sin embargo, ha sido con frecuencia un blanco privilegiado, no sólo porque no estaba protegido, sino a causa del obstáculo que constituía su humanismo, su imparcialidad y su desinterés.

---

<sup>4</sup> Art. 23: «Ya en tiempo de paz, las Altas Partes Contratantes y, desencadenadas las hostilidades, las Partes en conflicto podrán designar en el propio territorio y, si es necesario, en los territorios ocupados, zonas y localidades sanitarias organizadas para proteger contra los efectos de la guerra a los heridos y a los enfermos, así como al personal encargado de la organización y de la administración de dichas zonas y localidades, y de la asistencia a las personas que en ellas haya».

Dadas las misiones humanitarias en las que participa cada vez más activamente, el servicio de sanidad ha hecho frente a situaciones en las que ha tenido que prestar asistencia, de la misma manera y en lugares diferentes, a los beligerantes de todas las partes en conflicto. La guerra civil en Chad es, a este respecto, ejemplar; en ciertas circunstancias, ha habido que proteger a los heridos o a las personas operadas contra las agresiones nocturnas y mortíferas procedentes de la parte adversa. No hemos hecho más que respetar la ética y los Convenios.

No obstante, han surgido nuevos y peligrosos factores socioculturales ante un debilitamiento de la moral internacional. Somos testigos de una expansión sin precedentes de ideologías radicales totalitarias que se desarrollan bajo el estandarte de la guerra santa y del fanatismo. «Se hace la guerra por pasión y el sufrimiento se convierte en un arma política», cuando no son los Estados los que avalan, en parte, la toma de rehenes. Por lo tanto, ¿qué valor tienen, en tales circunstancias, las normas de moral humanitaria internacional, que con el tiempo son más y más irrisorias?

Esto fue lo que justificó la propuesta, el año 1977, de los textos adicionales a los Convenios de Ginebra, en particular de los dos párrafos que figuran en el artículo 10 del Protocolo II: «No se castigará a nadie por haber ejercido una actividad médica conforme con la deontología, cualesquiera que hubieren sido las circunstancias o los beneficiarios de dicha actividad.» Esta disposición refuerza aun más la protección general de la misión médica, sean cuales fueren el lugar, el momento o las circunstancias. En otro párrafo, se estipula que «la persona que ejerza una actividad médica no podrá ser sancionada de modo alguno por el hecho de no proporcionar o de negarse a proporcionar información sobre los heridos y los enfermos a quienes asista o haya asistido»<sup>5</sup>. Si los recuerdos que nos dejaron cuatro años de ocupación bastan para justificar estos textos, tememos que los motivos que los inspiraron sean todavía de actualidad.

Así pues, nos podemos preguntar, a pesar de tantos obstáculos, de dificultades previsibles, ¿cómo estar dispuestos a desempeñar nuestro cometido respetando, a la vez, nuestra ética y los Convenios?

Sensibilizando, en primer lugar, al mando acerca de las exigencias humanitarias (de hecho, a él corresponde su cumplimiento).

---

<sup>5</sup> Párrafo 4 del art. 10, del Protocolo II.

Después, inspirándose en la moral tradicional. Para lograr tal objetivo, el servicio de sanidad instruye a sus médicos y a su personal y comprueba la solidez de su información y de su compromiso organizando cursillos, ejercicios, incluso exámenes. Mantiene estrechos contactos con organismos internacionales, nacionales y regionales de la Cruz Roja Francesa. Además, proporciona gustoso su ayuda para preparar sesiones de difusión del derecho humanitario.

Así, ejemplo para quienes lo rodean, conociendo las responsabilidades que, aunque son compartidas, le incumben más que a nadie, respetuoso de los principios y lo bastante seguro de sí mismo como para denunciar los abusos, el servicio de sanidad en campaña ha hecho siempre todo lo posible para mantenerse al frente de quienes luchan por que la gran esperanza nacida en 1864 sea, en las postrimerías del siglo XX, algo más que una trágica ilusión.

**Médico general inspector J. Miné**

---

El señor **J. Miné**, médico general inspector, es profesor en Val de Grâce, miembro asociado de la Academia de Cirugía y director adjunto del Servicio francés de Sanidad de los Ejércitos.