

La salud en los conflictos armados: un enfoque desde la perspectiva de los derechos humanos

Katherine H. A. Footer y Leonard S. Rubenstein

Katherine H. A. Footer es agregada de investigación. Leonard S. Rubenstein es director del programa de derechos humanos, salud y conflictos en el *Center for Human Rights and Public Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health*, y miembro del cuerpo docente del *Berman Institute of Bioethics* en la Universidad Johns Hopkins.

Resumen

En las situaciones de conflicto armado, disturbios civiles y represión, cuando se cometen ataques contra las instalaciones, el personal de salud, los vehículos sanitarios y los pacientes, o los servicios de salud, se vuelve extremadamente difícil prestar asistencia cuando más se la necesita. El derecho internacional humanitario (DIH) prevé una protección eficaz de los servicios de salud en tiempo de conflicto armado, pero no está exento de lagunas. Por otra parte, no abarca las situaciones que no constituyen un conflicto armado. El presente artículo destaca la importancia de abordar estos problemas desde la perspectiva de los derechos humanos, basándose en el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud y en los derechos civiles y políticos. Los autores consideran, en particular, la Observación general n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (relativa al artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales) como un marco normativo que permite seguir desarrollando la obligación de los Estados de respetar el derecho a la salud, protegerlo y garantizar su pleno ejercicio en todas las situaciones de conflicto.

Palabras clave: derechos humanos; derecho a la salud; conflicto; violencia; personal de salud; hospital; deontología.

Durante conflictos armados, disturbios civiles, manifestaciones políticas o revueltas y su represión, las instalaciones de salud suelen ser objeto de saqueos, de ataques o de actos para impedir que se acceda a ellas o interferir en su funcionamiento. El personal de salud puede sufrir arrestos o intimidaciones por haber prestado asistencia de forma imparcial a personas para las cuales dicha asistencia es vital.

Muchas de las personas que prestan asistencia en las regiones del mundo en conflicto, donde los ataques se han vuelto moneda corriente, están empezando a considerar la violencia como un riesgo inherente a su profesión. Un prestador del servicio de salud de República Democrática del Congo se refirió a la situación en su servicio de la siguiente forma: “¿Qué podemos hacer? No tenemos cómo protegernos, no podemos hacer nada para que esto termine, entonces nos quejamos y nos ayudamos mutuamente lo mejor que podemos”¹.

El derecho internacional humanitario (DIH) constituye un marco que permite garantizar la protección y el respeto del personal médico, las instalaciones de salud y las ambulancias, así como de los heridos y los enfermos durante los conflictos armados internacionales y no internacionales. Desde el Convenio de Ginebra inicial de 1864, establecido hace 150 años, la protección conferida por esos instrumentos se ha extendido y afinado, por ejemplo a través de la prohibición de impedir las prácticas prescritas por la deontología médica. No obstante, el marco jurídico de la protección que confiere el DIH no abarca el conjunto de los problemas ligados a la violencia o los ataques contra los servicios de salud. En algunas situaciones de inestabilidad política o de violencia, se perpetran ataques contra equipos e instalaciones de salud, vehículos sanitarios y pacientes sin que se pueda hacer valer el DIH, puesto que no se trata de un conflicto armado. Durante las manifestaciones políticas que se produjeron en 2011 en el Reino de Bahrein, por ejemplo, las fuerzas del orden reaccionaron cerrando el principal hospital de la capital y deteniendo, torturando y condenando a los médicos y los enfermeros so pretexto de que habían aprovechado su función médica para perpetrar actos hostiles contra el Estado². En Siria, hasta que no se alcanzó el umbral de conflicto armado no internacional³, las agresiones perpetradas por las fuerzas del Estado contra los enfermos, el personal y las instalaciones de salud crearon un clima de miedo que disuadió a los pacientes de acudir al hospital y condujo a la implementación de una red clandestina de dispensarios improvisados que no podían asegurar el grado de sofisticación de los servicios médicos que la situación requería⁴. En algunas regiones

1 Merlin, A Grave New World, 2010, p. 6, disponible en: www.who.int/workforcealliance/news/agravenewworld_report.pdf (consultado en octubre de 2014).

2 Physicians for Human Rights, Do No Harm: A Call for Bahrain to End Systematic Attacks on Doctors and Patients, abril de 2011, disponible en: https://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/bahrain-donoharm-2011.pdf (consultado en octubre de 2014), y Human Rights Watch, Targets of Retribution Attacks against Medics, Injured Protestors, and Health Facilities, julio de 2011, disponible en: <https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/bahrain0711webcover.pdf> (consultado en octubre de 2014).

3 V., entre otros, Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) “Siria: el CICR y la Media Luna Roja Árabe Siria continúan prestando ayuda mientras se intensifican los enfrentamientos”, Resumen de actividades, 17 de julio de 2012, disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/update/2012/syria-update-2012-07-17.htm>; también v. Geneva Academy, “Syria”, en Rulac Project, disponible en: http://www.geneva-academy.ch/RULAC/applicable_international_law.php?id_state=211 (consultado en octubre de 2014).

4 Physicians for Human Rights, *Syria: Attacks on Doctors, Patients and Hospitals*, diciembre de 2011, p. 8.

inestables de Nigeria, el personal de vacunación fue víctima de agresiones y matanzas, lo que comprometió gravemente las campañas de vacunación⁵.

Aun durante los conflictos armados, el DIH no permite garantizar a la población civil el acceso pleno a los servicios de salud. En Irak, por ejemplo, los secuestros y las matanzas de médicos cometidos durante el conflicto armado⁶ constituían claramente violaciones del DIH, e incluso formaban parte de las hostilidades. Esos actos también llevaron a muchos profesionales de la salud a dejar el país entre 2004 y 2007, lo que provocó una reducción de los miembros del personal sanitario y del acceso a los servicios de salud. Tal vez el DIH no abarque plenamente el deber del Estado de proteger al personal de salud y de garantizar una cobertura sanitaria adecuada para responder a las necesidades de la población.

En Sri Lanka, durante las últimas fases de la guerra, el Grupo de Expertos del Secretario General de las Naciones Unidas encargado de estudiar la cuestión de la responsabilidad en Sri Lanka consideró “creíbles” las acusaciones contra el ejército ceilanés de haber efectuado bombardeos a gran escala sobre zonas civiles, causantes de numerosas muertes, y de haber atacado sistemáticamente los hospitales de la línea de frente. Si se demuestra su veracidad, esas acusaciones constituirán graves violaciones del DIH⁷. Pero ¿cómo trata el derecho internacional la incapacidad del Estado de asegurar a la población tamil una cobertura sanitaria suficiente antes del cese de las hostilidades? Un inventario de la infraestructura sanitaria realizado después de cese de las hostilidades de 2002 reveló que, de un total de 400 centros de salud, 55 habían sido destruidos y 49 no estaban en condiciones de funcionar. Las instalaciones restantes sufrían graves penurias de medicamentos básicos y un mal funcionamiento de los sistemas de información médica y seguimiento de los pacientes⁸. Por otra parte, mientras que en todo el país el número de médicos cada 100.000 habitantes estaba en aumento durante los años del conflicto, en la Provincia del Norte se redujo considerablemente, lo que afectó el acceso a los servicios de salud, sin embargo tan necesarios⁹. Salvo en caso de ocupación¹⁰, el DIH no menciona en ningún momento la obligación de asegurar la continuidad de los servicios de salud.

- 5 McNeil, Donald G. Jr, “Gunmen kill Nigerian polio vaccine workers in echo of Pakistan attacks”, en *The New York Times*, 8 de febrero de 2013, disponible en: http://www.nytimes.com/2013/02/09/world/africa/in-nigeria-polio-vaccine-workers-are-killed-by-gunmen.html?_r=0 (consultado en octubre de 2014).
- 6 Burnham, Gilbert M., Lafta, Riyadh y Doocy, Shannon, “Doctors leaving 12 tertiary hospitals in Iraq, 2004-2007”, en *Social Science & Medicine*, vol. 69, 2009, pp. 172-177.
- 7 Secretario General de las Naciones Unidas, *Report of the Secretary General's Panel of Experts on Accountability in Sri Lanka*, 31 de marzo de 2011, pp. 2-3, disponible en www.un.org/News/dh/infocus/Sri_Lanka/POE_Report_Full.pdf.
- 8 Majan Vije y Dr Suppiah Ratneswaren, *Enduring War and Health Inequity in Sri Lanka*, Tamil Information Centre, 2009, p. 22; disponible en <http://www.tamilinfo.org.uk/aboutreport.php> (consultado en octubre de 2014).
- 9 Mari Nagai, Sandirasegaram Abraham, Miyoko Okamoto, Etsuko Kita y Atsuko Aoyama, “Reconstruction of health service systems in the post-conflict Northern Province in Sri Lanka”, en *Health Policy*, vol. 84, 2007, pp. 84-93.
- 10 V. el artículo 56 del IV Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra, Ginebra, 12 de agosto de 1949 (CG IV). El artículo 56 prevé que “la Potencia tiene el deber de asegurar y mantener, con la colaboración de las autoridades nacionales y locales, las instalaciones y los servicios médicos y hospitalarios, así como la sanidad y la higiene públicas en el territorio ocupado, en particular tomando y aplicando las medidas profilácticas y preventivas necesarias para combatir la propagación de enfermedades contagiosas y de epidemias”.

Durante los conflictos armados, la prestación de asistencia de salud también suele verse comprometida por los toques de queda, los cortes de ruta y el cierre de los puestos de control, lo que impide que los pacientes lleguen a los centros de salud y, en el plano social, por el miedo de los pacientes a desplazarse a zonas donde reina la inseguridad. En cuanto a las poblaciones marginadas y vulnerables, aunque no se les niegue abiertamente la asistencia, suelen tener menos acceso a esta, y la exclusión social agrava aún más su estado de salud. El DIH no contempla todos estos actos y omisiones.

Durante los conflictos, los programas de salud pública, así como las estrategias para combatir y erradicar las enfermedades infecciosas y las campañas de vacunación, suelen verse perturbados. En Nepal, la disminución de los diagnósticos de tuberculosis y los pedidos de tratamiento en las poblaciones afectadas por el conflicto estaba ligada al cierre de centros de salud y al toque de queda impuesto en las zonas de los combates; ese acceso limitado a los servicios provocó un aumento de la prevalencia de la tuberculosis¹¹. De modo que los programas de lucha contra las enfermedades, cuando no son objeto directo de ataques o amenazas y cuando no dependen del deber de la Potencia ocupante de mantener la salud pública en el territorio ocupado¹², quedan fuera del alcance del DIH.

El derecho internacional de los derechos humanos (DIDH) se aplica en todas esas circunstancias. Sin embargo, no se ha estudiado lo suficiente su aplicación a los actos que obstaculizan los servicios de salud en las situaciones de conflicto armado o de violencia. ¿Qué protección se brinda, por ejemplo, al personal y las instalaciones de salud, y a las ambulancias en las situaciones de violencia civil o de represión por la fuerza pública cuando no existe un conflicto armado? ¿En los conflictos armados, los Estados tienen la obligación de asegurar la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud más allá de lo que les confiere el DIH? Para que la asistencia de salud sea respetada realmente en las situaciones de violencia, es preciso responder estas preguntas que, sin embargo, casi no han tenido eco (probablemente porque la otra gran fuente de protección, el DIDH, está lejos de ser tan explícita en la materia como el DIH). No obstante, si se lo interpreta debidamente, el DIDH no solo obliga a los Estados a respetar y proteger de manera general la asistencia de salud en las situaciones de violencia civil, sino que también establece protecciones que se suman a las que prevé el DIH en tiempo de conflicto. En este artículo, veremos cómo aborda el DIDH la cuestión de la violencia y las amenazas ejercidas contra el personal y la asistencia de salud y sus beneficiarios, así como otras formas de privación del acceso a la asistencia de salud en las situaciones de conflicto armado o de disturbios civiles que no alcanzan el grado de un conflicto armado.

11 S.K. Tiwari et al., "Prevalence of TB and service utilization in conflict affected areas of Nepal" en *Journal of Nepal Health Research Council*, vol. 3, n.º 1, 2005, pp. 45-57.

12 CG IV, art. 56.

Aplicación del DIH y del DIDH

Panorama del DIH y del DIDH

El DIH y el DIDH derivan ambos de tratados internacionales y del derecho internacional consuetudinario. Los instrumentos que dieron origen al DIH son los acuerdos concluidos entre los Estados sobre la conducción de la guerra y la protección de las personas, y se aplican a las partes en un conflicto armado. Los principios esenciales del DIH son la distinción entre bienes civiles y objetivos militares, la proporcionalidad en el uso de la fuerza y las precauciones en el ataque. El DIDH establece los derechos y las obligaciones que se aplican en las relaciones entre un Estado y las personas bajo su jurisdicción. Si bien el DIH y el DIDH tienen objetivos diferentes y han evolucionado de maneras distintas, persiguen el mismo objetivo de proteger y preservar la vida, el bienestar y la dignidad humana de la persona¹³.

En tiempo de conflicto armado internacional, los Convenios de Ginebra I, II y IV de 1949 y el Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados (Protocolo adicional I) constituyen el marco que garantiza el respeto y la protección de los enfermos, los heridos, los náufragos, el personal de salud y las unidades y los vehículos sanitarios militares y civiles. En lo que respecta a los conflictos armados sin carácter internacional, las modalidades de protección, definidas en el artículo 3 común a los cuatro Convenios de Ginebra y en el Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados no internacionales (Protocolo adicional II), son menos exhaustivas. Debido a una aparente incertidumbre en cuanto al ámbito de la protección conferida en los dos tipos de conflicto armado, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) ha aportado valiosas precisiones en su estudio sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, que especifica que las normas del derecho internacional humanitario consuetudinario relativas al respeto y la protección de la salud se aplican tanto en los conflictos armados internacionales como en los conflictos no internacionales¹⁴.

Como veremos más en detalle, se establece especialmente que las partes en un conflicto deben respetar y proteger al personal médico, las unidades y los vehículos sanitarios, es decir, que deben abstenerse de perpetrar cualquier ataque en su contra o cualquier interferencia en sus actividades y garantizarles el acceso a todos los lugares donde se requieran sus servicios. En cuanto a la prestación de la asistencia, las partes no pueden hacer ninguna distinción basada en criterios que no sean médicos y no pueden ni castigar a alguien por realizar tareas conformes con

13 Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, *La protección jurídica internacional de los derechos humanos durante los conflictos armados*, Nueva York y Ginebra, 2011, p. 7.

14 Jean-Marie Henckaerts y Louise Doswald-Beck, *El derecho internacional humanitario consuetudinario, VoluFemen I: Normas*, CICR, Buenos Aires, 2007 (“Estudio del CICR sobre el derecho internacional consuetudinario”).

la deontología médica ni obligar a una persona que ejerce una actividad médica a realizar actos contrarios a la deontología¹⁵.

A diferencia del DIH, que contiene normas concebidas específicamente para garantizar el respeto y la protección de la asistencia de salud en los conflictos armados, los instrumentos del DIDH están formulados en términos bastante generales. Los derechos civiles y políticos son el fundamento de la protección contra la violencia, la discriminación y la negación de los derechos cívicos y los derechos de defensa cometidos o tolerados por el Estado. El derecho de la persona a la vida, la libertad y la seguridad, y el derecho a no ser sometida a la tortura o a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes —que son especialmente pertinentes para los ataques contra la asistencia de salud—, figuran en los principales instrumentos internacionales y regionales de derechos humanos, así como en varios tratados sobre temas específicos¹⁶, que además afirman el derecho a la igualdad y la no discriminación. Este derecho convencional está respaldado por un conjunto cada vez más vasto de normas del derecho internacional humanitario consuetudinario: en efecto, se considera que numerosos derechos proclamados en la Declaración Universal de Derechos Humanos forman parte de este.

El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, enunciado en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), es el marco principal a partir del cual pueden formularse las obligaciones de los Estados relativas a la disponibilidad de los servicios de salud, su accesibilidad y su calidad. Otras fuentes de interpretación, en particular la Observación general n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, echan luz sobre el alcance y la aplicación de este derecho y tienen un papel determinante para el respeto y la protección de los servicios y el personal de salud, así como para los enfermos, tanto durante los conflictos armados como en otras circunstancias de violencia civil o de represión por la fuerza pública.

Las relaciones entre el DIH y el DIDH

Complementariedad

Es totalmente lógico interesarse por el derecho internacional de los derechos humanos, puesto que ya se ha zanjado la cuestión de saber si se aplica en las situaciones de conflicto armado y su aplicación en forma simultánea con el DIH

15 V. art.12 del Convenio (I) de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña, 12 de agosto de 1949 (“CG I”); art. 12 del Convenio (II) de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar, 12 de agosto de 1949 (“CG II”); arts. 18, 20 y 21 del IV Convenio de Ginebra (“CG IV”); arts. 12 (párr. 1), 15 y 21 del Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales, 8 de junio de 1977 (“PA II”); Estudio del CICR sobre el derecho internacional consuetudinario, Normas 25, 28 y 29.

16 V. el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos; la Convención sobre los derechos del niño; y la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanas o Degradantes.

ya está muy aceptada¹⁷. No existe mejor prueba de la complementariedad de estos dos conjuntos de normas que la inclusión del DIDH en el Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, donde se define su papel como el de “ampliar, reforzar y aclarar algunos principios análogos del derecho humanitario”¹⁸. Como ha subrayado Cordula Droege, la relación entre estos dos cuerpos jurídicos suele describirse “como una relación entre derecho general y derecho especializado en la cual el derecho humanitario es *lex specialis*”¹⁹. Eso no impide un enfoque de complementariedad, pero de ser necesario proporciona un “método de resolución de los conflictos”²⁰ para los casos en que ambas normas no son conciliables.

¿A quién confieren derechos y obligaciones el DIH y el DIDH?

El no respeto de la asistencia de salud adopta la forma de ataques o de interferencias en su funcionamiento —ya sea en tiempo de conflicto armado o en otros contextos de violencia—, y por lo tanto estos actos pueden ser cometidos tanto por entidades públicas como por actores no estatales²¹. El DIH procura proteger principalmente a los civiles y a las personas que no participan en las hostilidades, como los prisioneros de guerra, los enfermos o los heridos, así como los bienes civiles, entre los que se encuentran los hospitales y otras instalaciones médicas. El DIH confiere esas obligaciones en primer lugar a las partes en un conflicto armado, pero no únicamente a ellas. Estas obligaciones incumben a todos los que participen en las hostilidades y a las personas en las que una parte en conflicto haya delegado responsabilidades, por ejemplo en lo que respecta al trato de las personas protegidas. Las partes no estatales en un conflicto armado sin carácter internacional están obligadas a respetar el artículo 3 común, las disposiciones del Protocolo adicional II y el DIH consuetudinario²². El estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario presenta un vasto conjunto de normas de derecho consuetudinario aplicables a los conflictos armados no internacionales. Aunque aún existe controversia sobre la cuestión de si las obligaciones creadas por

17 V., entre otros, Corte Internacional de Justicia (CIJ), *Consecuencias jurídicas de la construcción de un muro en el territorio palestino ocupado*, Opinión Consultiva, Selección 2004, párrafo 106.

18 Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, vol. 1, p. 341.

19 Cordula Droege, “The interplay between international humanitarian law and international human rights law in situations of armed conflict”, en *Israel Law Review*, vol. 40, n.º 2, diciembre de 2007, p. 340 (traducción del CICR).

20 Noëlle Quéniévet, “The history of the relationship between international humanitarian law and human rights”, bajo la dirección de Roberta Arnold y Noëlle Quéniévet, *International Humanitarian Law and Human Rights Law: Towards a New Merger in International Law*, Martinus Nijhoff, Dordrecht, 2008, p. 7.

21 CICR, *A Sixteen-Country Study: Health Care in Danger*, julio de 2011, www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4073-002-16-country-study.pdf.

22 En el caso Nicaragua c. Estados Unidos, fallo del 27 de junio de 1986, Selección 1986, párrafo 219, la CIJ confirmó que el artículo 3 común se aplicaba directamente al grupo armado no estatal que combatía contra el Gobierno. En lo que respecta al Protocolo adicional II, cabe destacar que el umbral de aplicación es más elevado que en el caso del artículo 3 común; para más precisiones, v. Yves Sandoz, Christopher Swinarski y Bruno Zimmermann (directores de publicación), *Comentario del Protocolo adicional I a los Convenios de Ginebra de 1949*, CICR, Bogotá, Plaza y Janés, 2001.

la costumbre estatal atañen a los actores no estatales, se reconoce en general que algunas normas relativas a la conducción de las hostilidades, como la proporcionalidad y la distinción, se aplican a los actores no estatales independientemente del hecho de que estos se hayan comprometido o no a respetar los Convenios de Ginebra o sus Protocolos adicionales²³.

En el DIDH, los derechos atañen al individuo. La obligación de respetar los derechos humanos incumbe principalmente al Estado y, en particular, a las autoridades judiciales, la policía y el Ministerio de Salud, en lo que respecta a la salud. No obstante, las crecientes amenazas provenientes de actores no estatales tras las agresiones cometidas contra agentes de vacunación por milicias en Pakistán y Nigeria especialmente²⁴, han vuelto a llamar la atención acerca de las obligaciones de esos grupos en materia de derechos humanos en las situaciones de conflicto. Antes que considerar que la extensión de los derechos humanos a los grupos armados confiera a dichos grupos una legitimidad peligrosa o un estatuto cuasi gubernamental, suscita cada vez más consenso la idea de que se les puede exigir a los grupos armados que respeten al menos ciertos criterios o principios de los derechos humanos, cuando no ciertas normas jurídicas específicas. Ese vuelco se refleja en la evolución de la práctica del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas y en el texto de los informes de algunos Relatores Especiales, que revelan cada vez más casos donde se exige a los grupos armados que respeten las obligaciones establecidas por el DIH y el DIDH²⁵. Los organismos de vigilancia de los derechos humanos también se interesan, en sus informes, por el comportamiento de los grupos de oposición armados²⁶. Otro ejemplo pertinente de la aplicación de los principios de los derechos humanos a los actores no estatales es el mecanismo instaurado por el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas para controlar y

23 Annysa Bellal, Gilles Giacca y Stuart Casey-Maslen, “International law and armed non-state actors in Afghanistan”, en *International Review of the Red Cross*, vol. 93, n.º 881, marzo de 2011, p. 62.

24 V., entre otros, “Pakistan suspends polio-vaccination program after deadly attack”, en *Radio Free Europe*, 28 de mayo de 2013, disponible en: www.rferl.org/content/polio-pakistan-killingvaccination/24999412.html y “Nigerian polio vaccination centers attacked”, en *Radio Free Europe*, 8 de febrero de 2013, disponible en www.rferl.org/content/Nigerian-polio-vaccination-centersattacked/24896626.html (consultado en octubre de 2014).

25 En su informe, el Relator Especial de Naciones Unidas sobre ejecuciones extrajudiciales, sumarias o arbitrarias señala, en el contexto de una misión a Sri Lanka: “En su calidad de actor no estatal, el grupo de los Tigres de Liberación del Eelam Tamil no está sujeto a las obligaciones del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, pero sí está sujeto a las exigencias de la comunidad internacional, expresadas en primer lugar en la Declaración Universal de Derechos Humanos, que establece que todo órgano de la sociedad debe respetar y defender los derechos humanos”. Por otra parte, el Relator señala: “Sin embargo, cada vez tenemos más la sensación de que las expectativas de la comunidad internacional en materia de derechos humanos contribuyen a proteger a la población, sin que estas, no obstante, tengan incidencias en la legitimidad de los actores a los que se dirigen. El Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas ha solicitado durante mucho tiempo a diversos grupos a los que los Estados miembros no reconocen la capacidad de asumir formalmente obligaciones internacionales que respetaran los derechos humanos”. Documento de la ONU E/CN.4/2006/53/Add.5 del 27 de marzo de 2006, párrafos 25 y 27 (traducción del CICR).

26 *Human Rights Watch* dio cuenta, en sus informes, de los abusos de los derechos humanos cometidos por grupos de oposición armados; v. *Human Rights Watch, No Exit: Human Rights Abuses inside the MKO Camps*, mayo de 2005, disponible en www.unhcr.org/refworld/docid/45d085002.html (consultado en octubre de 2014).

dar cuenta de las “seis infracciones más graves” cometidas contra los niños por los Estados y los grupos no estatales que participan en conflictos armados, incluidos “ataques a las escuelas o los hospitales”²⁷. Estas seis categorías se fundan a la vez en el DIH y en el DIDH. Para los actores armados no estatales, una violación tiene las mismas consecuencias que para un Estado y da lugar a la inscripción en el Anexo del Informe del Secretario General sobre los niños y los conflictos armados, eventualmente seguida de sanciones²⁸.

Para echar luz sobre los vínculos que existen entre los derechos humanos y los servicios de salud en las situaciones de conflicto, el presente artículo pondrá el acento en las obligaciones de los Estados. No obstante, el hecho de que se reconozca cada vez más a los grupos armados como autores de violaciones de los derechos humanos marca un giro importante en el discurso y amplía el campo de protección de los derechos humanos al ámbito de la salud, sobre todo desde la perspectiva de los otros aspectos del enfoque basado en los derechos como la vigilancia y la responsabilidad.

Aplicación concomitante: el ejemplo del uso de la fuerza

El uso de la fuerza y sus consecuencias son un ejemplo del papel de la *lex specialis*. Una de las ideas centrales del DIH es que los combatientes no pueden ser sancionados por haber empleado la fuerza contra los combatientes enemigos si han respetado las normas de proporcionalidad y precaución. Asimismo, las pérdidas de vidas civiles causadas incidentalmente por un ataque armado son admisibles mientras se hayan respetado los principios de distinción y proporcionalidad, es decir, si las pérdidas de vidas causadas entre la población civil no son excesivas en relación con la ventaja militar concreta y directa prevista²⁹. El atacante también debe respetar la norma de precaución a fin de reducir al mínimo los daños a los civiles³⁰. Las muertes o las heridas infligidas incidentalmente al personal de salud o a sus pacientes están sujetas a las mismas normas de proporcionalidad y precaución. Estas normas también se aplican en lo que respecta a los bienes de carácter civil, incluidos los centros de salud³¹.

En cambio, las normas de DIDH relativas al uso de la fuerza para el mantenimiento del orden o en el marco de un conflicto armado están arraigadas en la protección de los individuos contra los abusos de la fuerza pública. El Estado no

27 Las otras infracciones graves son: la matanza o la mutilación de niños; el reclutamiento o la utilización de niños soldados; la violencia sexual contra los niños; la denegación del acceso a los niños a la ayuda humanitaria y el secuestro de niños. V., entre otros, Oficina del Representante Especial del Secretario General para la cuestión de los niños y los conflictos armados, “Infracciones más graves”, en <https://childrenandarmedconflict.un.org/es/efectos-del-conflicto/infracciones-mas-graves/> (consultado en octubre de 2014).

28 V. las resoluciones 1612 y 1998 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, del 26 de julio de 2005 y del 12 de julio de 2011 respectivamente.

29 V. PA I, art. 51(5)(b) y art. 57(2)(a)(iii), y Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, Norma 14.

30 V. PA I, art. 57.

31 V. PA I, art. 48 y art. 51(4) y (5) y Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, Normas 7, 11 y 15.

puede privar de la vida arbitrariamente a nadie que esté bajo su autoridad, incluidos los heridos, los enfermos y el personal de salud³². Cuando los Estados recurren a la fuerza para mantener el orden, deben utilizar el grado mínimo necesario y restringir estrictamente el empleo de la fuerza letal³³. Esta prescripción no puede ser suspendida y se aplica, pues, en todo momento³⁴. Sin embargo, hay circunstancias en las que el ingreso imprevisto en un centro de salud con el fin de mantener el orden está admitido por el DIDH y constituye un ejercicio razonable de la autoridad del Estado si se han tomado determinadas medidas de protección.

Vigilancia y responsabilidad

Los mecanismos de responsabilidad y control de la aplicación de las normas están más avanzados en el marco del DIDH que en el del DIH en lo que respecta al examen formal del respeto de los derechos, del derecho al recurso individual y del derecho a reparación, así como en lo que respecta a la obligación de investigar³⁵. El respeto de las obligaciones del DIH pasa principalmente por su incorporación en el dispositivo legislativo y militar nacional, la formación y la negociación, pero, por supuesto, las violaciones graves pueden procesarse como crímenes de guerra. Como hemos visto más arriba, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas también ha creado mecanismos de vigilancia, información y responsabilización relativos a las seis infracciones graves cometidas contra los niños en los conflictos armados, lo cual debería permitir, con el tiempo, un mayor respeto del derecho internacional.

Los mecanismos de responsabilidad del DIDH están garantizados por instituciones que dependen de las Naciones Unidas y de los organismos regionales que están en relación con los Estados y la sociedad civil, reciben informes acerca del respeto de las obligaciones de los Estados Partes y otros actores, realizan investigaciones en el terreno, publican conclusiones y recomendaciones, y condenan las violaciones. En el resto del artículo, estudiaremos esos mecanismos más en detalle.

La protección de la salud en el DIH

En los conflictos armados internacionales y no internacionales, los Convenios de Ginebra y los Protocolos adicionales, así como el derecho internacional consuetudinario, establecen que el personal, las instalaciones y los vehículos

32 V. el derecho a la vida consagrado por el art. 6(1) del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, el art. 4 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, el art. 4 de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, y el art. 2 del Convenio Europeo de Derechos Humanos. Nótese la ausencia del término "arbitrario" en esta última, que en cambio establece un derecho general a la vida y proporciona una lista exhaustiva de las circunstancias en las que la privación del derecho a la vida puede ser lícita.

33 Para más precisiones al respecto, v., en particular, Louise Doswald-Beck, *Human Rights in Times of Conflict and Terrorism*, Oxford University Press, Oxford, 2012, pp. 163-177.

34 V. el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, art. 4(2); Convención Americana de Derechos Humanos, artículo 27(2); Convenio Europeo de Derechos Humanos, art. 155(2). Nótese que este prevé una suspensión de dicho artículo por "actos lícitos de guerra" en las situaciones de conflicto armado.

35 C. Droege, *op. cit.*, nota 19, p. 340.

sanitarios, así como los heridos y los enfermos, no pueden ser objeto de ataques o actos destinados a causarles daño y que no se puede interferir sin motivo en la prestación de asistencia de salud³⁶.

El personal de salud

El personal de salud civil o militar que se desempeña exclusivamente a título humanitario debe ser respetado y protegido de cualquier ataque o agresión, a menos que cometa, fuera de sus deberes humanitarios, actos perjudiciales para el enemigo³⁷. La expresión “personal de salud” tiene un sentido relativamente acotado en los Convenios de Ginebra y los Protocolos adicionales, y designa exclusivamente a las personas que desempeñan tareas médicas por una parte en conflicto, a título temporal o permanente, así como el personal de salud de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y de otras organizaciones humanitarias³⁸.

No obstante, el resto de las personas que ejercen una actividad médica están protegidas en general de los ataques y las injerencias. Los dos Protocolos adicionales extienden la protección a todos los profesionales de la salud que respeten su código deontológico, por ejemplo, el deber de atender con total imparcialidad, incluso si no entran en la definición de “personal de salud”³⁹. Estas personas no pueden ser castigadas por realizar tareas conformes con la deontología médica ni ser obligadas a realizar actos contrarios a esta. Esta protección es esencial. Existen numerosos ejemplos en todo el mundo (en Chechenia, Kosovo, Birmania o Siria) donde el personal sanitario ha sido amenazado, arrestado, perseguido e incluso asesinado por haber cumplido con su deber y haber atendido a pacientes de forma imparcial, sin considerar su pertenencia o su opinión política. La única limitación tiene que ver con el secreto médico, puesto que la divulgación por parte del personal médico de información relativa a los heridos y los enfermos a los que asiste está regida por el derecho nacional⁴⁰. Por último, en la medida en que se trata de civiles, una norma del derecho internacional humanitario consuetudinario establece que debe protegerse al personal de salud de los ataques, salvo si participa directamente en las hostilidades y mientras dure tal participación⁴¹.

36 V. CG I art. 19, 18, 24-26; CG II art. 36; CG IV art. 18 y 20; PA I art. 12 y 15; art. 3 común a los CG de 1949; PA II art. 9(1); y Normas 25, 28 y 29 del Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario.

37 V. CG I art. 21; PA I art. 13; PA II art. 11. No se consideran “perjudiciales para el enemigo” los actos del personal como la portación de armas ligeras individuales para defensa propia o defensa de los heridos y enfermos a su cargo; la presencia de personal o de una custodia militar; y la posesión de armas portátiles y municiones recogidas a los heridos y enfermos y aún no entregadas al servicio competente. V. los comentarios sobre las normas 25 y 29 del Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario.

38 V. PA I, art. 8(c).

39 V. PA I, art. 16 y PA II, art. 10.

40 V. PA I, art. 16 y PA II, art. 10.

41 V. PA I, art. 51(3); PA II, art. 13(3) y Norma 6 del Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario.

Los heridos y los enfermos

Según los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales, las partes en conflicto tienen la obligación de respetar a los heridos y los enfermos y dispensarles cuidados médicos en la medida de lo posible y en los plazos más breves. Esta obligación no es absoluta y exige que las partes tomen todas las medidas posibles de acuerdo con sus recursos y con lo que es posible hacer en medio de las hostilidades⁴². Asimismo, la no discriminación es un principio fundamental del DIH. Los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales disponen que los heridos y los enfermos deben ser tratados y asistidos con humanidad por la parte en conflicto que los tenga en su poder sin distinción alguna de índole desfavorable, pues las decisiones deben fundarse únicamente en criterios médicos⁴³. Por definición, los heridos y los enfermos se abstienen de cometer todo acto de hostilidad⁴⁴, pero, al igual que los civiles, también pueden perder su protección contra los ataques cuando toman directamente parte en las hostilidades, mientras dure tal participación.

Los Convenios de Ginebra I y IV prevén que se debe proteger a la población civil de los efectos de la guerra, lo que incluye la creación de zonas sanitarias o zonas de seguridad y la protección de los hospitales civiles y de su personal sin ninguna distinción alguna de índole desfavorable basada en la raza, la nacionalidad o la religión⁴⁵. Estas disposiciones ahora forman parte del derecho internacional humanitario consuetudinario⁴⁶.

Unidades y vehículos sanitarios

Según el DIH, las unidades sanitarias como los hospitales y las clínicas, los dispensarios y las farmacias, que pueden ser militares o civiles, fijos o móviles, temporales o permanentes, deben respetarse y protegerse en todas las circunstancias⁴⁷. Del mismo modo, también deben respetarse y protegerse los vehículos sanitarios destinados exclusivamente a transportar a los heridos y los enfermos o destinados al transporte de personal, material o suministros médicos⁴⁸. Según el sentido que se da a los términos “respetar y proteger” en los manuales militares, las unidades sanitarias no deben ser objeto de ataques, disparos o actos perjudiciales en su contra⁴⁹. Tampoco deben servir para poner objetivos militares a cubierto de los ataques⁵⁰. La

42 V. PA I, art. 10, comentario.

43 V. CG I art. 12; CG II art.12; PA I art. 10(2); PA II 7(2); artículo 3 común a los CG.

44 V. PA I, art. 8(a).

45 V. CG I, art. 23; CG IV, art. 14; Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, norma 35.

46 V. Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, norma 35.

47 V. CG I, art. 19; CG IV, art. 18; PA I, art. 12; PA II, art. 11(1), Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, norma 28.

48 V. CG I, art. 35; CG IV, art. 21; PA I, art. 21; PA II, art. 11(1); Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, norma 29.

49 V. el Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, vol. I, comentario de la norma 28.

50 PA I, art. 12(4).

práctica de los Estados muestra, en general, que los vehículos sanitarios están protegidos de la misma manera que las unidades sanitarias móviles⁵¹. Tanto unos como otros pierden la protección si son empleados fuera de sus funciones humanitarias para cometer actos perjudiciales para el enemigo, por ejemplo si se utiliza un hospital con fines militares o si usa las ambulancias para transportar armas⁵². El Estatuto de la Corte Penal Internacional establece que un ataque dirigido intencionalmente contra los hospitales y los lugares donde se agrupa a enfermos y heridos, siempre que no sean objetivos militares, es un crimen de guerra⁵³, así como un ataque contra una ambulancia que utilice los emblemas distintivos de los Convenios de Ginebra⁵⁴.

Como hemos visto más arriba, cuando las estructuras y los vehículos sanitarios son utilizados con fines militares —por ejemplo, cuando se utiliza los hospitales como puestos militares avanzados o cuando se usa las ambulancias para transportar armas—, pierden el beneficio de la protección, pero deben recibir una intimación antes del ataque y la parte atacante debe tomar medidas para reducir lo máximo posible los daños para los civiles que allí se encontraran⁵⁵.

La protección de la salud según el DIDH

Derechos civiles y políticos

El personal de salud y los heridos y los enfermos están protegidos de la violencia por el artículo 6 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) que obliga a los Estados, sin derogación posible, a no privar de la vida arbitrariamente a una persona que esté bajo su jurisdicción o control. La tortura y las penas o los tratos crueles, inhumanos o degradantes están prohibidos por el artículo 7 del Pacto y por los tratados específicos relativos a la tortura y las desapariciones⁵⁶. Estos tratados prohíben matar, golpear, someter a otras formas de tortura o secuestrar al personal de salud y a los pacientes, hechos que se han relatado recientemente en los informes de derechos humanos⁵⁷. En determinadas circunstancias, la negativa a prestar asistencia médica es asimilada a un trato cruel, inhumano y degradante, e incluso a un acto de tortura⁵⁸. El hecho de arrestar a miembros del personal de salud por haber prestado asistencia de manera imparcial también puede constituir una violación de la protección contra el arresto y la detención arbitrarios⁵⁹.

51 V. el Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario, vol. I, comentario de la norma 29.

52 V. Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario normas 28 y 29.

53 Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, art. 8(2)(b)(ix) y 8(2)(e)(iv).

54 Estatuto de Roma de la Corte Penal Internacional, art. 8 (2)(b)(xxiv) y 8(2)(e)(ii).

55 V. CG I art. 21; CG IV art. 19; PA I, art. 13(1); PA II art. 11(2).

56 Artículo 7 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; Convención contra la Tortura.

57 *Physicians for Human Rights*, nota 2 *supra*.

58 Informe del Relator Especial sobre la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, Juan E. Méndez, 1 de febrero de 2013, A/HRC/22/53.

59 Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 9; PIDCP, art. 9.

Derechos económicos, sociales y culturales

Otras protecciones de la salud igualmente eficaces y a menudo desconocidas en los conflictos y otras situaciones de violencia provienen del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (“el derecho a la salud”). Varios instrumentos de derechos humanos tratan la protección y la promoción de la salud como un derecho inherente a la persona. La Declaración Universal de los Derechos Humanos fue el primer instrumento en afirmar que “toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica”⁶⁰. Todos los grandes tratados internacionales y regionales de derechos humanos adoptados desde entonces contienen disposiciones destinadas a proteger y promover el derecho a la salud. El más citado es el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) de 1966, que proclama:

1. *Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.*
2. *Entre las medidas que deberán adoptar los Estados partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: a) la reducción de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los niños; b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente; c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas; d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.*

Los otros tratados de las Naciones Unidas sobre derechos humanos que consagran el derecho a la salud son la Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y la Convención sobre los derechos del niño. Entre los tratados regionales de derechos humanos, podemos citar el Convenio Europeo de Derechos Humanos, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales (Protocolo de San Salvador). La publicación, en el año 2000, de la Observación general n.º 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que ofrece una interpretación del artículo 12 del PIDESC, que tiene una importante fuerza normativa, ha contribuido considerablemente a dotar a ese derecho formulado en el Pacto en términos de objetivos ambiciosos de un contenido riguroso y de normas en materia de acceso, disponibilidad, calidad y adecuación cultural de los servicios de salud y de los factores subyacentes determinantes para la salud. Esta interpretación clarifica las obligaciones de los Estados y sigue siendo la formulación más completa del derecho a la salud en el DIH.

60 Declaración Universal de los Derechos Humanos, art. 25.

El Comité ha reconocido que la noción de salud se ha ampliado y ha propuesto un enfoque que “tiene en cuenta inquietudes de carácter social, como las relacionadas con la violencia o el conflicto armado”⁶¹. El hecho de respetar, proteger y garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud en los conflictos armados y otras situaciones de violencia plantea desafíos considerables pero, como ha afirmado expresamente la Corte Internacional de Justicia, las obligaciones relativas a los derechos económicos, sociales y culturales siguen vigentes durante los conflictos armados, junto con el DIH⁶².

Tres niveles de obligaciones

Como todos los otros derechos humanos, el derecho a la salud impone a los Estados tres niveles de obligaciones: respetar (abstenerse de poner obstáculos al ejercicio del derecho); proteger (impedir que terceros pongan obstáculos al ejercicio del derecho); y cumplir (tomar medidas para garantizar un ejercicio del derecho lo más completo posible). Para decirlo simplemente, estas obligaciones “definen lo que los Gobiernos pueden hacernos, lo que no deben hacernos y lo que deben hacer por nosotros”⁶³. Forman un marco eficaz para determinar en qué medida los derechos humanos se han plasmado en las normas, las instituciones, el marco jurídico, las condiciones políticas y las políticas públicas estatales. Los Estados deben respetar el derecho a la salud y abstenerse, por ejemplo, de denegar o restringir la igualdad de acceso de todas las personas a la asistencia, así como de convertir la aplicación de medidas discriminatorias en una política⁶⁴. La negativa de las fuerzas del orden de Bahrein a dejar que se atendiera a los manifestantes con total imparcialidad, como hemos visto más arriba, es un claro ejemplo de violación del derecho a la salud.

En virtud del derecho de proteger, los Estados deben velar —en la medida de lo posible— por que terceros no impidan el ejercicio del derecho a la salud a través de prácticas como actos de violencia contra el personal de salud y los pacientes. Asimismo, deben procurar que los profesionales posean un nivel de educación y aptitudes apropiados y respeten un código deontológico para estar a la altura de la tarea en condiciones de trabajo difíciles⁶⁵.

Por último, la obligación de cumplir obliga a los Estados partes a tomar las medidas correspondientes de carácter legislativo, administrativo, presupuestario, judicial y otras para permitir el pleno ejercicio del derecho a la salud⁶⁶. La desinver-

61 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n.º 14 relativa al disfrute del más alto nivel posible de salud, del 11 de agosto de 2000; documento de la ONU E/C.12/2000/4 (en adelante, Observación general n.º 14), párr. 10.

62 V. entre otros, CIJ, *Consecuencias jurídicas de la construcción de un muro en el territorio palestino ocupado*, Opinión consultiva del 9 de julio de 2004, párr. 102-113.

63 Sofia Gruskin y Daniel Tarantola, “Health and Human Rights” en Sofia Gruskin (dir. de publicación), *Perspectives on Health and Human Rights*, Routledge, Londres, 2005, p. 8 (traducción del CICR).

64 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n.º 14, párr. 34.

65 *Ibíd.*, párr. 35.

66 *Ibíd.*, párr. 36.

sión, las agresiones y la persecución que caracterizan las situaciones de conflicto a menudo llevan al personal de salud calificado a dejar su país. Para garantizar el pleno ejercicio del derecho a la salud, es necesario invertir en personal y protegerlo según el principio de aplicación progresiva y no regresividad. La obligación de cumplir el derecho a la salud impone a los Estados obligaciones más vastas que las que prevé el DIH, según el cual, por lo general, las partes en conflicto deben prodigar a los heridos y los enfermos los servicios médicos o la ayuda humanitaria que necesiten en el estado en que se presenten, sin ninguna otra distinción más que la que justifiquen motivos médicos. Solo la Potencia ocupante tiene la obligación de velar por el respeto de las normas de salud pública y por el abastecimiento de insumos médicos⁶⁷.

En las situaciones de conflicto, los programas de lucha contra las enfermedades suelen verse interrumpidos por la imposibilidad de los pacientes de ir a hacerse ver, por la interrupción de las cadenas de abastecimiento de medicamentos o por el desvío, por parte del Estado, de los recursos destinados a la salud hacia objetivos militares. Sin embargo, estos obstáculos no dispensan a los Estados de la obligación de asegurar el derecho a la salud. Los tres países donde la poliomielitis sigue siendo endémica (Afganistán, Nigeria y Pakistán) son países que están en guerra o que son proclives a un conflicto político grave que perturba las campañas de vacunación y provoca nuevos brotes de la enfermedad⁶⁸. El derecho a la salud exige que los Estados se abstengan de cualquier injerencia directa en las campañas de vacunación contra la poliomielitis (obligación de respetar) y tomen medidas para impedir las injerencias de terceros (obligación de proteger). Por último, para permitir el pleno ejercicio del derecho a la salud, debe haber políticas que garanticen la continuidad de las campañas de vacunación contra la poliomielitis cuando se producen disturbios o violencia. Tras la invasión de Afganistán conducida por Estados Unidos en 2001, el Ministerio de Salud Pública afgano trabajó activamente para obtener la cooperación de los talibanes, con la mediación del CICR, a fin de que facilitaran los desplazamientos de los agentes de vacunación y les permitieran llegar al mayor número de niños posible en las regiones dominadas por los talibanes. El Ministerio condujo esta campaña con el apoyo de la Organización Mundial de la Salud y de UNICEF, de modo tal que la operación pudo extenderse hasta algunas regiones de Afganistán donde la situación era más grave aun⁶⁹.

Los elementos constitutivos del derecho a la salud

El derecho a la salud ha sido interpretado como un conjunto de derechos y responsabilidades del Estado que abarca los siguientes elementos esenciales e interrelacionados: la disponibilidad, la accesibilidad y la calidad de los servicios,

67 V. CG IV, art. 55-57.

68 Leonard Rubenstein, "Defying expectations: Polio vaccination programs amid political and armed conflict", United States Institute of Peace, *PeaceBrief*, vol. 64, 3 de noviembre de 2010, p. 2, disponible en: www.usip.org/sites/default/files/PB%2064%20%20Polio%20Vaccination%20Programs%20Amid%20Political%20and%20Armed%20Conflict.pdf (consultado el 27 de agosto de 2012).

69 *Ibid.*, p. 3.

los bienes y las instalaciones de salud⁷⁰. La disponibilidad exige que el Estado provea instalaciones en buen funcionamiento y bienes y servicios de salud pública y asistencia, es decir, hospitales y dispensarios adecuados, personal de salud calificado y medicamentos esenciales⁷¹. Las instalaciones de salud destruidas o cerradas a causa de ataques, violencia o inseguridad, los sitios peligrosos abandonados, como hemos visto, por el personal médico calificado, los medicamentos robados o destruidos y las cadenas de abastecimiento desorganizadas son algunos de los factores que comprometen la disponibilidad.

La accesibilidad establece que las instalaciones, los bienes y los servicios sanitarios deben ser accesibles a todos, sin discriminación alguna, dentro de la jurisdicción del Estado parte. Está prohibida toda discriminación en lo referente al acceso a la asistencia de la salud por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, política, social o de otra índole que tengan por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud⁷².

La no discriminación es también uno de los pilares del derecho a la salud y de los derechos civiles y políticos. En el contexto de la salud, se inscribe dentro de la obligación de accesibilidad y obliga al Estado a garantizar que los prestatarios de servicios de salud, públicos o privados, no apliquen ninguna discriminación por motivos étnicos, religiosos, raciales o nacionales o por otros motivos prohibidos⁷³. El derecho a la salud, como los otros derechos económicos, sociales y culturales, también apunta a remediar la marginación y el menoscabo de los derechos de las mujeres y los grupos étnicos, religiosos o nacionales debido a su exclusión de la igualdad de acceso a servicios médicos de calidad y a factores materiales y sociales determinantes para la salud.

En las situaciones de conflicto, son frecuentes las prácticas discriminatorias. Durante el levantamiento libio de 2011, por ejemplo, se impedía el paso de los vehículos para que los pacientes pertenecientes a los grupos étnicos adversos no pudieran llegar a los hospitales⁷⁴. A veces, la discriminación es menos visible, pero puede tener graves consecuencias por lo que respecta a la salud pública. En Birmania, las minorías étnicas de la frontera oriental del país luchan desde hace más de treinta años contra el Gobierno birmano por su independencia, en uno de los conflictos civiles más largos y olvidados que se conocen. En las regiones afectadas por el conflicto, al parecer, el Estado ha renunciado a garantizar la asistencia médica y ha impedido que la presten los grupos autóctonos. Por ese motivo, la falta de acceso fundamental a los servicios de salud aumenta el riesgo de desarrollar multirresistencias al tratamiento de enfermedades como la tuberculosis y el

70 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n.º 14, párr. 12.

71 *Ibíd.*, párr. 12(a).

72 *Ibíd.*, párr. 12(b).

73 *Ibíd.*, párr. 18.

74 Paul-Henri Arni, "Health care in danger: Today's Solferinos", entrevista del 20 de julio de 2012, disponible en: <https://www.icrc.org/eng/resources/documents/interview/2012/health-care-in-danger-todays-solferinos-2012-07-20.htm> (consultado en octubre de 2014).

paludismo⁷⁵. Ese es el resultado de la negativa a prestar asistencia que se arraiga en una política de discriminación sistemática con el fin de debilitar y reducir a los grupos rebeldes⁷⁶.

El DIH, centrado más en la imparcialidad de las intervenciones para las personas que necesitan asistencia inmediata que en la estructura y la disponibilidad de los servicios, por lo general no abarca esas dimensiones de la asistencia de salud. Por ello, prohíbe que se niegue atención a una mujer a punto de dar a luz por su pertenencia a una etnia o a un grupo político, pero no es de ninguna ayuda contra el hecho de que, debido a prácticas ancestrales, los miembros del grupo al que pertenece esa mujer tengan un acceso más limitado o de menor calidad a las estructuras y a los servicios y de que esa mujer se pondría en peligro si fuera a solicitar atención médica. El DIDH puede contribuir a remediar esas carencias.

Las instalaciones, los bienes y los servicios de salud también deben estar físicamente accesibles y sin peligros para todos los sectores de la población⁷⁷. Por lo general, los conflictos provocan inseguridad y opresión generalizadas que no permiten que los pacientes accedan de forma segura a los centros de salud y que el personal médico llegue a las zonas o a los hogares donde se espera la asistencia. También impiden la entrega de muchos productos, como los medicamentos esenciales⁷⁸. Aún hoy, en el este de Birmania, el ejército birmano atenta contra los pacientes y el personal de salud que pertenece (o que supuestamente pertenece) a los grupos de oposición y ha confiscado los suministros médicos, impedido que los enfermos accedan a los dispensarios y denegado el ingreso al personal de salud para ir a prestar asistencia⁷⁹. En efecto, los Estados ven limitadas sus posibilidades de preservar el acceso a la asistencia cuando hay grupos armados que se oponen a ello, como en el caso de las campañas de vacunación en las regiones más inestables de Pakistán. Pero el Estado debe tomar medidas concretas para que las campañas puedan llevarse adelante, de ser posible, en condiciones de seguridad. Asimismo, cuando el propio Estado limita el acceso físico de ciertos grupos a los servicios médicos, sea por estrategia política, sea por simple renuncia a sus responsabilidades frente a las dificultades de la tarea, transgrede sus obligaciones en materia de derechos humanos.

En lo que respecta a la aceptabilidad, las instalaciones, los bienes y los servicios de salud deben ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados⁸⁰. Ello implica abstenerse de cometer cualquier acto que atente contra el

75 Back Pack Health Worker Team, *Ten Years Report 1998-2009: Life, Liberty and the Pursuit of Health*, 2009, p. 9, disponible en: http://www.burmalibrary.org/docs11/BPHWT10yearReport_1998-2009.pdf-red.pdf (consultado en octubre de 2014).

76 *Physicians for Human Rights, Life Under the Junta: Evidence of Crimes Against Humanity in Burma's Chin State*, enero de 2011, p. 40, disponible en: http://s3.amazonaws.com/PHR_Reports/life-under-thejunta-burma-chin-state.pdf (consultado en octubre de 2014).

77 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n.º 14, párr. 12(b).

78 CICR, *Violent Incidents Affecting Health Care: Health Care in Danger, January-December 2012*, disponible en: www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4050-002_violent-incidents-report_en_final.pdf (consultado en octubre de 2014).

79 Back Pack Health Worker Team, *op. cit.* nota 75.

80 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n.º 14, párr. 12(c).

deber del personal de salud de prodigar los cuidados con imparcialidad, como prescriben las normas internacionales de deontología médica, y respetar el secreto médico que, en el marco del derecho a la salud, es a la vez una obligación ética para el personal de salud y un derecho de los pacientes que el Estado debe garantizar⁸¹. En Bahrein, las fuerzas de seguridad intervinieron en las decisiones médicas con el fin de impedir la asistencia de los heridos durante las manifestaciones y atentaron contra la autonomía de los médicos en la decisión de las situaciones en las que debía enviarse una ambulancia para socorrer a los heridos⁸². Por otra parte, las fuerzas de seguridad de Bahrein tomaron conocimiento de las historias médicas confidenciales y violaron así el secreto médico que la deontología impone a los médicos.

Por último, para que se respete el derecho a recibir una asistencia de calidad —que forma parte del derecho a la salud—, las instalaciones, los bienes y los servicios de salud también deben ser apropiados en el plano científico y de buena calidad, es decir, contar con personal capacitado, medicamentos y equipos hospitalarios aprobados en el plano científico y no vencidos, agua salubre y potable y un dispositivo de saneamiento adecuado⁸³. En las regiones donde persisten los conflictos, la destrucción de las instalaciones de salud, el colapso de la infraestructura y la reducción del personal suelen comprometer la calidad durante el conflicto y muchas décadas después de finalizadas las hostilidades. Sudán del Sur, por ejemplo, acaba de iniciar una transición entre la intervención de urgencia y la implementación de sistemas de salud posconflicto⁸⁴. No obstante, aunque la pobreza de un país esté estrechamente ligada a la existencia de un conflicto, el Estado sigue teniendo la obligación de garantizar el derecho a la salud y de prestar servicios de salud de una calidad apropiada, de acuerdo con sus posibilidades —aunque sean limitadas—, como veremos en la próxima sección.

Aplicación progresiva y obligaciones básicas

El principio de la aplicación progresiva enunciado en el artículo 2 (1) del PIDESC establece que los Estados Partes deben adoptar medidas hasta el máximo de los recursos de que dispongan para lograr progresivamente la plena efectividad de los derechos reconocidos en el Pacto, entre los que se encuentra el derecho a la salud. La noción de aplicación progresiva revela que existen circunstancias en las cuales no es posible garantizar la plena efectividad de los derechos. Como hemos visto, esta limitación cobra todo su sentido en los países donde las hostilidades se prolongan o donde emergen de las secuelas de un conflicto. El conflicto no es en sí una razón suficiente para eximir a un país de todas sus obligaciones y el Estado es el encargado de justificar las limitaciones aplicadas a los servicios y de mostrar

81 *Ibid.*, párr. 12(b) y 12(c).

82 *Human Rights Watch*, *op. cit.* nota 2, p. 31.

83 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n.º 14, párr. 12(d).

84 Andrew Green, "Healthcare in South Sudan at a crossroads", *The Lancet*, vol. 379, n.º 9826, abril de 2012, p. 1578.

que no ha escatimado ningún esfuerzo a la hora de hacer uso de todos los recursos disponibles para cumplir con sus obligaciones. Además, garantizar de manera progresiva la plena efectividad de los derechos implica la aplicación de la asistencia y la cooperación internacionales, puesto que los derechos humanos justifican una acción a nivel mundial a fin de brindar servicios médicos incluso en los lugares donde las condiciones son particularmente difíciles.

Por otra parte, algunas obligaciones producen efectos inmediatos independientemente de los recursos disponibles y requieren la adopción de medidas concretas y específicas para garantizar la efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales⁸⁵. En lo que respecta al derecho a la salud, los Estados tienen la obligación fundamental de asegurar un mínimo indispensable de servicios, sin demora y sin discriminación⁸⁶, obligación que deben cumplir de forma inmediata. Estas obligaciones llamadas básicas⁸⁷ no pueden suspenderse. Aunque en cierta medida siguen dependiendo de los recursos disponibles y de las circunstancias del conflicto, un Estado no puede ignorarlas por el mero hecho de la existencia del conflicto.

La Observación general n.º 14 menciona varias obligaciones básicas que derivan del derecho a la salud y que revisten particular importancia para garantizar el ejercicio de este derecho en los conflictos: acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, particularmente en lo que respecta a los grupos vulnerables o marginados; suministro de medicamentos esenciales; distribución equitativa de las instalaciones, los bienes y los servicios de salud; adopción y aplicación de estrategias nacionales en materia de salud pública; atención de salud reproductiva, materna (prenatal y posnatal) e infantil; vacunación contra las principales enfermedades infecciosas presentes en la comunidad; y tratamiento y prevención de las enfermedades epidémicas y endémicas⁸⁸.

El PIDESC no incluye ninguna cláusula de suspensión y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales no autoriza, como regla general⁸⁹, ninguna suspensión de los derechos económicos, sociales y culturales, menos aun de las obligaciones fundamentales mínimas que derivan de dichos derechos. El Comité precisa que existe una fuerte presunción de que el Pacto no permite ninguna medida regresiva relativa a las obligaciones fundamentales y que corresponde al Estado Parte demostrar que esas medidas están debidamente justificadas por referencia a la totalidad de los derechos enunciados en el Pacto⁹⁰. Durante un conflicto, el Estado que es atacado por otro Estado o por grupos armados queda incapacitado evidentemente para asumir el conjunto de las obligaciones fundamentales definidas

85 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n.º 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes, 14 de diciembre de 1990, Quinta Sesión, párr. 2.

86 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n.º 14, párr. 43 y 44.

87 *Ibid.*, párr. 10.

88 *Ibid.*, párr. 43.

89 Los Estados y el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales permitieron que se derogara el derecho al trabajo previsto por el PIDESC. Para un análisis interesante de las derogaciones de los derechos económicos, sociales y culturales, v. Amrei Muller, "Limitations to and derogations from economic, social and cultural rights", *Human Rights Law Review*, vol. 9, n.º 4, 2009, pp. 557-601.

90 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n.º 14, párr. 32.

por el Pacto. Sin embargo, a veces los Estados mantienen la capacidad de cumplir al menos algunas de sus obligaciones, pero eluden sus responsabilidades relativas al sistema de salud y usan esto como medio de represión contra determinados grupos o contra el conjunto de la población. En tales circunstancias, las obligaciones básicas constituyen un marco importante para evaluar en qué medida los Estados respetan sus obligaciones en materia de derechos humanos.

Obligaciones ligadas a los derechos humanos

Participación

Para el derecho a la salud como para los otros derechos humanos, las obligaciones básicas están acompañadas de obligaciones de procedimiento, en particular la participación y la responsabilidad. La participación de las comunidades locales y de los prestatarios de servicios de salud, que a menudo son los primeros en prestar asistencia durante los conflictos, es una obligación desatendida pese a su importancia. El derecho a la salud incluye el derecho de los particulares y las comunidades a participar en el proceso de adopción de decisiones que puedan afectar a su desarrollo⁹¹. Los teóricos que preconizaron la participación de las comunidades en el marco de un enfoque de la salud durante los conflictos armados fundado en los derechos han subrayado la dificultad de garantizar una verdadera participación cuando las comunidades están fragmentadas, desplazadas y afectadas por el deterioro de los servicios⁹². No obstante, cuando las comunidades y el personal médico están realmente asociados en el plano local, nacional e internacional, se llega a reducir la incidencia de los ataques contra los servicios de salud y su funcionamiento. La mayor participación de estos en el plano nacional permite influir en las decisiones de los ministros de salud y justicia, pero también en las decisiones de los militares, reforzar la protección y la seguridad de los servicios de salud y mejorar las prácticas en el terreno cuando se presta asistencia en lugares expuestos a un conflicto.

La participación también es un aspecto pertinente de la seguridad del personal de salud. En las situaciones de conflicto o de violencia, es poco frecuente que se definan políticas o que estas se apliquen realmente para garantizar la seguridad del personal de salud nacional. Un enfoque desde la perspectiva de los derechos humanos favorecería la movilización del personal de salud local para adoptar planes y programas de protección, definir y difundir estrategias a fin de mejorar la seguridad y pedir cuentas a aquellos que tienen obligaciones. No es fácil generar una participación activa de este tipo. Para ello, habría que apelar a las asociaciones médicas nacionales e internacionales y a las organizaciones no gubernamentales, a menudo fuertemente movilizadas para las urgencias médicas en periodo de conflicto, y convocar a una gran parte del personal de salud nacional.

91 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general n.º 14, párr. 54.

92 Emili Waller *et al.*, "Rights-based approaches in conflict-affected settings", en Elvira Beracochea *et al.* (dir. de publicación), *Rights-Based Approaches to Public Health*, Springer Publishing, Nueva York, 2011, p. 236.

Es indispensable hacer intervenir a estos actores si se quiere contrarrestar un problema que suele causar indignación en la comunidad internacional, pero que rara vez da lugar a acciones concertadas o a políticas que ofrezcan soluciones posibles. La participación también permite evitar que las fuerzas del orden sancionen o acosen al personal de salud por prestar asistencia de manera imparcial a pacientes considerados hostiles al Estado, sea durante conflictos armados o en disturbios civiles. Al participar en esas decisiones, el personal de salud también adquiere mayor autonomía gracias a un mejor conocimiento de sus derechos.

Vigilancia y responsabilidad

Vigilar y hacer rendir cuentas a los responsables es otra dimensión importante del enfoque fundado en los derechos humanos. La vigilancia es una condición previa al ejercicio de la responsabilidad; sin embargo, sorprendentemente, las instituciones mundiales se han interesado poco por la necesidad de denunciar sistemáticamente todo ataque contra los servicios de salud o contra su funcionamiento en las situaciones de conflicto⁹³. El enfoque desde la perspectiva de los derechos humanos ofrece un marco centrado en el derecho a la salud que permite evaluar y elaborar métodos de información innovadores. El ejercicio de la responsabilidad se presenta de diversas formas, puesto que los órganos convencionales tienen sus propios mecanismos de presentación de informes y sus procedimientos de cumplimiento⁹⁴ a los que se suman, en los planos nacional e internacional, los mecanismos judiciales o cuasi judiciales como los mediadores u *ombudsmen*. Tal enfoque de los servicios de salud en los conflictos permitiría echar luz sobre los mecanismos de responsabilidad existentes y sobre las posibilidades de darles un mejor uso en caso de producirse ataques contra estos servicios y contra su funcionamiento.

En el sistema de las Naciones Unidas, los órganos convencionales —Comité de Derechos Humanos, Comité contra la Tortura, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y Comité de Derechos del Niño— desempeñan un papel decisivo en la vigilancia y la responsabilidad. Los mecanismos temáticos incluyen las actividades del Representante Especial del Secretario General para la cuestión de los niños y los conflictos armados que vigila e interviene, como hemos visto más arriba, en favor de la responsabilidad en cuanto a seis categorías de violaciones que incluyen los ataques contra las escuelas y los hospitales, y cuya acción se basa jurídicamente en el derecho de los conflictos armados y en el derecho internacional de los derechos humanos⁹⁵. La resolución 1998 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas, adoptada en 2011⁹⁶, prevé la inscripción en una lista de las partes

93 Leonard S. Rubenstein y Melanie D Brittle, “Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict”, *The Lancet*, vol. 375, 2010, p. 336.

94 V. PIDESC art. 16-23.

95 Oficina del Representante Especial del Secretario General para la cuestión de los niños y los conflictos armados, *Working Paper No. 1: The Six Grave Violations Against Children During Armed Conflict – The Legal Foundation*, octubre de 2009, disponible en: https://childrenandarmedconflict.un.org/publications/WorkingPaper-1_SixGraveViolationsLegalFoundation.pdf (consultado en octubre de 2014).

96 V. nota 28.

que cometan ataques persistentes contra las escuelas y los hospitales, reconfirma la necesidad de reforzar la vigilancia y la información relativa a dichos incidentes y proporciona un impulso concreto para que se tomen medidas para proteger esas instalaciones. Las actividades de vigilancia del Alto Comisionado para los Derechos Humanos se centran en las violaciones del DIH y el DIDH, pero el campo de acción de esa instancia podría ampliarse sobre la base de una reflexión más exhaustiva acerca del campo de aplicación del segundo. La creación de un instrumento formal de responsabilidad de la ONU que se aplicaría a los establecimientos y al personal de salud en todas las situaciones de conflicto, armado o no, sin limitarse a los niños, significaría un importante avance en el ejercicio de la responsabilidad.

También habría que abordar la cuestión de la vigilancia sistemática de los ataques y las agresiones contra los servicios de salud desde la perspectiva de los problemas que plantean para los sistemas de salud y la protección. Reunir información sobre la envergadura y la naturaleza de los problemas permitiría contar con datos para evaluar el impacto de los ataques y las agresiones en elementos como la infraestructura sanitaria, el personal de salud y las cadenas de abastecimiento de los medicamentos. En las situaciones de conflicto, esto no es fácil. La Asamblea Mundial de la Salud adoptó, en 2012, una resolución que insta al Director General a asumir una función de liderazgo a escala mundial en la recopilación de datos sobre los ataques a las instalaciones y el personal de salud, los vehículos sanitarios y los pacientes en emergencias sanitarias complejas⁹⁷. Esa vigilancia debería inscribirse en el marco de los derechos humanos y el DIH, es decir que la información debería reunirse y evaluarse en referencia a las normas de los derechos humanos y las normas humanitarias, incluido derecho a la salud.

Hará unos diez años, el cuerpo médico y de enfermería solicitó a la Comisión de Derechos Humanos que nombrara un Relator Especial para los ataques contra el personal de salud. La Comisión (convertida luego en el Consejo de Derechos Humanos) optó por una misión más general de vigilancia e información sobre el derecho a la salud. Entre otras funciones, el Relator Especial sobre el derecho a la salud elabora informes anuales para el Consejo de Derechos Humanos y para la Asamblea General, a menudo sobre un tema particular. En ese marco, puede considerar los ataques perpetrados contra los servicios de salud como un tema particular, a menos que se nombre a un relator que se encargue específicamente de esta cuestión.

La responsabilidad en materia de derechos humanos se extiende al plano nacional: los mecanismos judiciales podrían indicar el grado de prioridad de los juicios por crímenes cometidos contra prestadores y beneficiarios de los servicios de salud. En efecto, sería muy valiosa la instauración de mecanismos de responsabilidad en materia de derechos humanos para complementar los escasos mecanismos que existen para hacer respetar el DIH.

97 Consejo Ejecutivo de la Organización Mundial de la Salud, “Respuesta de la OMS y función como organismo principal del Grupo de Acción Sanitaria en la atención de las crecientes demandas en materia de salud en las emergencias humanitarias”, 21 de enero de 2012, disponible en: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_R14-sp.pdf (consultado en octubre de 2014).

Conclusión

La prestación de asistencia de salud a la población en situaciones de conflicto armado o de violencia es una tarea compleja que requiere estrategias múltiples de protección y de respeto, así como medidas voluntaristas para hacer frente a la inseguridad. En los conflictos, el personal de salud se vuelve cada vez más vulnerable, sea porque es tomado como blanco por el Estado, que lo convierte en un medio de acción, o por los grupos armados, sea porque, de manera indirecta, es víctima de la incapacidad de los Estados de cumplir las obligaciones que les corresponden y garantizar el derecho a la salud. El DIH define un conjunto de normas cruciales para aplicar las obligaciones en el ámbito de la salud en los conflictos armados. Está complementado de manera eficaz por el DIDH, que colma una importante laguna cuando el personal de salud, las instalaciones médicas, los pacientes y las ambulancias sufren amenazas, agresiones y otros ataques o formas de negación en ausencia de un conflicto armado.

Una de las contribuciones más importantes del derecho internacional de los derechos humanos es que garantiza que se tomen en consideración el interés y las necesidades de los más débiles. El enfoque de la salud en los conflictos desde la perspectiva de los derechos humanos se basa, esencialmente, en los principios de no discriminación y de igualdad y en el derecho a la disponibilidad de una asistencia de salud accesible, aceptable y de calidad. Dos factores, la participación —al difundir mejor la obligación de respetar los derechos, protegerlos y garantizar su pleno ejercicio— y la responsabilidad —al permitir una mejor aplicación de esas obligaciones—, podrían ser herramientas eficaces para mejorar la difícil situación del personal de salud y de los pacientes durante los conflictos. En efecto, esto forma un marco sólido para la aplicación de varias recomendaciones de la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja para la difusión y un mayor conocimiento de las obligaciones conferidas por el DIH y el DIDH⁹⁸. Los órganos de derechos humanos también contribuyen a que se respete en mayor medida el DIH y a que se reconozcan las responsabilidades en las violaciones de los instrumentos de los derechos humanos en los conflictos armados. Si van acompañados de una atenta vigilancia, los mecanismos de derechos humanos pueden emplearse para reforzar los principios del derecho humanitario de respeto y protección del personal de salud y los pacientes, víctimas personales de los conflictos armados.

Ha llegado el momento de tomar conciencia del preciso papel que pueden cumplir los derechos humanos para poner fin a la situación de impotencia en la que se encuentran las personas que necesitan asistencia y el personal de salud, que se esfuerza por cumplir su tarea sin importar las circunstancias del conflicto.

98 CICR, *La asistencia de salud en peligro: respetar y proteger la asistencia de salud*, Resolución adoptada en la XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, 28 de noviembre-1 de diciembre de 2011, Ginebra (Suiza), disponible en: <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm> (consultado en octubre de 2014).