



Nuestro mundo. Tu acción.

XXXI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja
Ginebra, 28 de noviembre – 1 de diciembre de 2011 – **Por la humanidad**



ES

31IC/11/5.3.1
Original: inglés
Para decisión

XXXI CONFERENCIA INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA

Ginebra, Suiza
28 de noviembre – 1 de diciembre de 2011

La asistencia de salud en peligro Respetar y proteger la asistencia de salud en los conflictos armados y otras situaciones de violencia

Documento de referencia

**Documento preparado por
el Comité Internacional de la Cruz Roja**

Ginebra, octubre de 2011

DOCUMENTO DE REFERENCIA

La asistencia de salud en peligro Respetar y proteger la asistencia de salud en los conflictos armados y otras situaciones de violencia¹

1. Introducción

La violencia contra los pacientes y el personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios es uno de los problemas humanitarios más graves de la actualidad y, sin embargo, suele pasar desapercibido. Este tema preocupa enormemente al Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Movimiento), tanto como fundador y guardián del derecho internacional humanitario, que protege a los pacientes y los servicios de salud, como por ser uno de los principales actores en el ámbito de la salud durante los conflictos armados y otras situaciones de violencia. Miles de voluntarios y miembros del personal sanitario se ven afectados por este tipo de violencia cada año, y los heridos y enfermos ven obstaculizado su acceso a la atención médica en los conflictos armados y otras situaciones de violencia en todo el mundo.

En su última reunión en Nairobi en noviembre de 2009, el Consejo de Delegados, reconociendo la gravedad del problema y el carácter único del cometido del Movimiento para hacerle frente, exhortaba al Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Federación Internacional) a que intensificaran sus esfuerzos para garantizar el acceso a la asistencia de salud y su protección en los conflictos armados y otras situaciones de violencia. Asimismo, invitaba al CICR a que, entre otras cosas, siguiera recopilando información acerca de los incidentes que impiden y hacen peligrar el acceso a la asistencia de salud, y a que presentara un informe con sus conclusiones y recomendaciones a la XXXI Conferencia Internacional.

Al hilo de esta invitación, el CICR llevó a cabo un estudio en 16 países que versaba sobre este tema y sobre las medidas adoptadas por la Institución para hacerle frente. El presente informe reseña las principales conclusiones del estudio, presenta las recomendaciones del CICR sobre cómo abordar este problema, y destaca la necesidad de que exista una mayor voluntad de salvaguardar la asistencia de salud por parte del Movimiento, los Gobiernos, la comunidad sanitaria, las fuerzas armadas estatales y los grupos armados no estatales. El informe complementa otros documentos que tratan sobre esta cuestión, en particular, el documento de referencia presentado al Consejo de Delegados en noviembre de 2009², que especifica las leyes que protegen la asistencia de salud; el folleto del CICR *Asistencia de*

¹ El CICR trabaja principalmente en los conflictos armados y, a menudo, conjuntamente con las Sociedades Nacionales. El CICR y las Sociedades Nacionales también atienden a las necesidades que nacen a causa de "otras situaciones de violencia", las cuales, aunque no alcancen el umbral de un conflicto armado, pueden tener graves consecuencias de índole humanitaria. En estas situaciones, los Estados han reconocido que el CICR "puede tomar las iniciativas humanitarias que correspondan a su cometido de institución y de intermediario específicamente neutrales e independientes", de conformidad con el artículo 5 de los Estatutos del Movimiento Internacional de la Cruz Roja (los Estatutos), aprobados por la XXV Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, celebrada en Ginebra, en octubre de 1986, y modificados, en diciembre de 1995 por la XXVI Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. En tales situaciones, el CICR y las Sociedades Nacionales emprenden una acción sólo con el pleno conocimiento y asenso del Estado de que se trata.

² *Respetar y proteger la asistencia de salud en los conflictos armados y otras situaciones de violencia*, documento de referencia para la reunión del Consejo de Delegados en Nairobi, CICR, Ginebra, octubre de 2009.

*salud en peligro: la realidad del problema*³, que da una idea de la magnitud del mismo; y el informe completo realizado por el CICR en 16 países sobre la violencia contra la asistencia de salud⁴.

2. Violencia contra la asistencia de salud: resultados del estudio del CICR

En 2008, el CICR emprendió, en 16 países en los que trabajaba, un estudio sobre la violencia contra la asistencia de salud. En un período de 30 meses, se recogieron denuncias de incidentes violentos de diversas fuentes, entre ellas, organismos de salud, el personal de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, y medios de comunicación. El objetivo de este estudio era entender mejor las amenazas dirigidas contra la asistencia sanitaria, y la vulnerabilidad del personal y las instalaciones de salud, de modo que pudiera servir de orientación de cara a la adopción de medidas preventivas y de respuesta a estos incidentes.

A finales de 2010, el CICR había documentado 655 incidentes violentos, entre ellos:

- ⇒ Interferencia en las instalaciones de salud o violencia contra ellas, como los dispensarios, hospitales, depósitos de suministros médicos y farmacias. Algunos de estos episodios incluían bombardeos aéreos y de artillería, irrupción por la fuerza, tiroteos, y destrucción y saqueo de los suministros y el equipamiento.
- ⇒ Violencia contra el personal sanitario: homicidios, secuestros, acoso, amenazas, intimidación, robos, y arresto y detención por prestar asistencia de salud.
- ⇒ Violencia contra los pacientes o contra quienes trataban de acceder a la atención médica: asesinatos, lesiones, acoso e intimidación, obstrucción o interferencia para impedir el acceso rápido a la asistencia (discriminación, interrupción del tratamiento médico o, directamente, denegación de dicho tratamiento).
- ⇒ Violencia contra los vehículos sanitarios, entre ellos las ambulancias y los vehículos privados que transportaban a los heridos y enfermos, y obstrucción del transporte de suministros y equipamiento médico.

Principales conclusiones

En los 655 incidentes documentados, 1.834 personas resultaron muertas o heridas, de las cuales el 20% eran pacientes. Los artefactos explosivos fueron responsables de más muertes y lesiones por incidente que ninguna otra causa.

Las fuerzas armadas regulares o los grupos armados fueron responsables del 70% de los incidentes, las fuerzas armadas estatales del 33% (216/655), y los grupos armados no estatales del 36,9% (242/655). El resto estaban asociados con robos o habían sido cometidos por familiares de las víctimas o por desconocidos.

El estudio reveló que la mayor parte del daño causado a los **hospitales y otras instalaciones de salud** se debió a:

- ⇒ durante las hostilidades activas, el uso por las fuerzas armadas estatales de armas que explotaron en las instalaciones de salud o en sus cercanías;

³ *Asistencia de salud en peligro: la realidad del problema*, CICR, Ginebra, agosto de 2011. <http://www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4072.pdf>, disponible únicamente en inglés.

⁴ *Asistencia de salud en peligro: estudio realizado en 16 países*, CICR, Ginebra, julio de 2011 (<http://www.icrc.org/eng/assets/files/reports/4073-002-16-country-study.pdf>), disponible únicamente en inglés.

- ⇒ la irrupción en las instalaciones de salud de entidades estatales armadas (fuerzas armadas o policía), con el fin de arrestar o interrogar a los pacientes;
- ⇒ la irrupción en las instalaciones de salud de grupos armados con el propósito de intimidar al personal de salud, robar suministros, ocupar el recinto o requisar vehículos para sus propios fines médicos o tácticos.

En el 9% de los incidentes registrados, **el personal sanitario** perdió la vida o resultó herido. En muchos otros incidentes, sufrieron intimidaciones, acoso y otras formas de violencia. Destacan, en particular:

- ⇒ el uso de armas explosivas por las fuerzas armadas estatales durante las hostilidades activas;
- ⇒ el secuestro por grupos armados no estatales de personal sanitario en sus lugares de trabajo;
- ⇒ el homicidio de expatriados por grupos armados no estatales
- ⇒ los arrestos (los miembros del personal sanitario fueron arrestados y sacados de los centros sanitarios en un mayor porcentaje que los heridos y enfermos);
- ⇒ amenazas e intimidación durante el ejercicio de su trabajo.

Las principales formas de violencia contra los **vehículos sanitarios** fueron:

- ⇒ los ataques perpetrados por grupos armados estatales y no estatales mientras el vehículo transportaba a pacientes y/o personal;
- ⇒ los artefactos explosivos improvisados;
- ⇒ los obstáculos y retrasos en los puntos de control impuestos por las fuerzas armadas y la policía estatales.

Una muestra de la verdadera magnitud del problema

El estudio deja entrever los tipos de violencia a la que se ven sometidos los servicios de salud en diversos contextos de todo el mundo. Sin embargo, los casos a los que se alude en el estudio no son sino la punta del iceberg: lo cierto es que el número de incidentes registrados en el estudio es muy inferior al que existe en la realidad, especialmente en las zonas a las que no pueden acceder las organizaciones humanitarias y los medios de comunicación, como en muchas regiones de Pakistán y Afganistán. Asimismo, las estadísticas no reflejan los efectos indirectos y multiplicadores de los ataques a las instalaciones de salud: interrupción de los servicios, cierre de hospitales y huida del personal sanitario. El ataque al hospital de campaña del CICR en Novye Atagi en diciembre de 1996, en el que murieron seis colaboradores expatriados, ocasionó la retirada del CICR del hospital, privando a miles de pacientes potenciales de la atención que necesitaban. Un atentado suicida contra ministros del Gobierno somalí durante una ceremonia de graduación en la capital, Mogadiscio, en diciembre de 2009, se saldó con decenas de muertos, entre los cuales se encontraban varios médicos recién licenciados, privando así a este país arrasado por la guerra de las competencias tan necesarias de estas personas. Nunca habrá datos de las decenas de miles de pacientes que estos médicos habrían podido tratar a lo largo de sus vidas, pero que ya no podrán hacerlo.

La inseguridad también puede trastocar programas de salud preventivos como las campañas de vacunación, lo que conlleva repercusiones a largo plazo. Por ejemplo, la lucha para erradicar la poliomielitis ha sufrido algunos reveses en Afganistán y Pakistán, donde la seguridad de los equipos de vacunación es difícil de garantizar⁵. A menudo, los conflictos

⁵ Véase, por ejemplo, el Plan Estratégico 2010-2012 de la Iniciativa de Erradicación Mundial de la Poliomielitis de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Ginebra (http://www.polioeradication.org/Portals/0/Document/StrategicPlan/StratPlan2010_2012_SPA.pdf) y Michael

provocan el desplazamiento de la población a zonas que quedan fuera del alcance de los sistemas ordinarios de salud, justamente cuando son más propensos a padecer enfermedades. Un estudio llevado a cabo en la República Democrática del Congo revela que 40.000 personas mueren al mes por enfermedades que se podrían tratar fácilmente si no fuera por la inseguridad generada por el conflicto armado⁶.

El estudio del CICR analizó los incidentes ocurridos antes del 1 de enero de 2011, pero los episodios que se registraron desde entonces ilustran la persistencia del problema. Los cruentos enfrentamientos que tuvieron lugar en Abiyán, la capital de Côte d'Ivoire, en marzo de 2011, impidieron que las ambulancias recogieran a los heridos y que los hospitales se reaprovisaran de material y medicamentos esenciales. En Mogadiscio, un mes después, 12 obuses cayeron en el Hospital Medina. Por fortuna sólo hizo explosión uno de ellos, pero bastó para herir a un guardia y sembrar el pánico entre los pacientes y el personal. Un mes después, en Libia, tres ambulancias de la Media Luna Roja Libia fueron atacadas en sendos incidentes, en los que murió una enfermera y resultaron heridos un paciente y tres voluntarios.

Los episodios de violencia contra la asistencia de salud son un problema humanitario sumamente grave que es preciso reconocer y comprender mejor, para que se puedan adoptar medidas preventivas y de protección que permitan proteger a los pacientes y al personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios

3. Labor del CICR para salvaguardar la asistencia de salud

El CICR ha hecho un mayor hincapié en el problema de la violencia contra los servicios de salud en el plano interno, y ha reforzado las actividades que ya desarrollaba en el ámbito de la salud para facilitar el acceso a esos servicios. Asimismo, ha puesto en marcha nuevas iniciativas para dar a conocer mejor este problema y buscar soluciones para atajarlo.

1. Mejorar el acceso a la asistencia de salud

El CICR ha seguido facilitando el acceso a la atención sanitaria de los heridos y enfermos en el conflicto armado y otras situaciones de violencia mediante su apoyo a las instalaciones de salud. En 2010, el CICR ayudó a 294 hospitales y 270 centros de salud, e impartió formación en cirugía de guerra a más de 1.000 profesionales de la salud, y en primeros auxilios a voluntarios de 88 países.

2. Mejorar la recopilación de datos sobre el terreno y las medidas de protección de la asistencia de salud

El CICR revisó su práctica sobre el terreno en relación con la violencia contra los servicios de salud, y detectó la necesidad de incrementar las actividades preventivas y de protección en 34 de sus 70 delegaciones de todo el mundo. Compartió con sus delegaciones las mejores prácticas en materia de prevención, recopilación de datos y respuesta a estos incidentes de violencia, así como las enseñanzas extraídas de prácticas innovadoras como el servicio de taxis en las provincias meridionales de Afganistán⁷.

Toole, *et al.*, *Evaluación independiente de los principales obstáculos para interrumpir la transmisión del poliovirus en Afganistán* (en inglés), OMS, Ginebra, octubre de 2009.

⁶ B. Coghlan, R. Brennan, P. Ngoy, D. Dofara, B. Otto, M. Clements, T. Stewart, "Mortality in the Democratic Republic of Congo: A nationwide survey," *Lancet*, 2006, Vol. 367, págs. 44-51.

⁷ El CICR dirige un programa en el que delega a un servicio de taxis el transporte entre los puestos de primeros auxilios y los hospitales de seis regiones de Afganistán en las que los vehículos del CICR y de la Media Luna Roja Afgana no pueden circular en condiciones de seguridad.

El CICR también ha negociado con las partes beligerantes en diversos contextos el acceso en condiciones de seguridad de las organizaciones sanitarias. Se ha reforzado la seguridad de numerosos centros de salud con sacos de arena y películas a prueba de bombas en las ventanas, y transmitido las coordenadas GPS de dichos centros a las partes beligerantes. El CICR apoya la labor llevada a cabo por las Sociedades Nacionales para mejorar la seguridad de su personal y sus voluntarios, en particular los que se afanan por ayudar a las víctimas de los conflictos armados y otras situaciones de violencia.

3. Dar a conocer las leyes que protegen la asistencia de salud

El CICR se ha dirigido a las entidades estatales y no estatales responsables de las violaciones de las leyes que protegen a los pacientes y al personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios. También ha manifestado públicamente su preocupación por los incidentes acaecidos en numerosos contextos, y recordado a los combatientes sus obligaciones jurídicas. Ha emitido comunicados de prensa en relación con incidentes en Afganistán, Chad, Colombia, Georgia, Irak, Israel y los territorios palestinos ocupados, Líbano, Libia, Nepal, Somalia, Sri Lanka, Sudán y Yemen. La organización también ha recurrido a retransmisiones de radio en Afganistán y Nepal para difundir los derechos y obligaciones relativos a la asistencia de salud.

4. Movilizar la acción internacional

En agosto de 2011, el CICR emprendió una campaña de gran envergadura con el nombre Asistencia de salud en peligro, que tendrá una duración de cuatro años. La campaña pretende movilizar a la red de delegaciones del CICR, al Movimiento, a los Estados Partes en los Convenios de Ginebra, a la comunidad de la salud, y a otras entidades para que formulen recomendaciones prácticas que permitan atajar la violencia contra los pacientes, las instalaciones de salud y el personal sanitario. El CICR también va a presentar una resolución (véase más arriba) a la Conferencia, en la que se reafirmará la voluntad de los Estados y las Sociedades Nacionales de proteger la asistencia de salud.

4. Recomendaciones

A fin de empezar a mejorar la situación sobre el terreno, el CICR recomienda las acciones enumeradas a continuación.

1. Formar una comunidad de intereses

El CICR tiene por objetivo movilizar el apoyo en pro de esta cuestión en el Movimiento y entre los profesionales de la salud, las organizaciones que trabajan en el ámbito de la salud, las fuerzas militares y Gobiernos de todo el mundo. Mediante el trabajo conjunto, esta comunidad de intereses debería procurar influir en la opinión pública, concienciar de la gravedad de este problema humanitario, fomentar la adopción de soluciones adecuadas y mejorar el respeto del derecho, promoviendo así una cultura de responsabilidad por parte de todos los interesados en la salvaguardia de la asistencia de salud.

2. Recabar información de manera regular y metódica

A fin de entender mejor y afrontar más eficazmente los ataques contra la asistencia de salud, se deberían recabar e intercambiar de manera más sistemática las informaciones sobre incidentes.

3. Consolidar y mejorar la práctica sobre el terreno

El CICR ha tomado muchas iniciativas para mejorar el acceso a la asistencia de salud y la protección de la misma en varios contextos en los que trabaja. Es necesario compartir de manera más general las experiencias y las mejores prácticas en el Movimiento y en la comunidad sanitaria en su conjunto, a fin de fomentar más y mejores iniciativas sobre el particular.

4. Garantizar la protección física

Los hospitales y otras instalaciones de salud en los países afectados por los conflictos armados y otras situaciones de violencia deberían recibir asistencia para organizar la protección física de sus recintos y desarrollar procedimientos para notificar a los demás su ubicación y los movimientos de sus vehículos.

5. Facilitar un acceso más seguro para el personal y los voluntarios de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja

El CICR alentará al personal y a los voluntarios de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja a que redoblen sus esfuerzos en favor de los heridos y enfermos en los conflictos armados y otras situaciones de violencia, en particular mediante la recogida de información relativa a amenazas contra los pacientes, el personal, los voluntarios, las instalaciones y los vehículos sanitarios, así como mediante la acción para afrontarlas.

6. Movilizar a los Estados para una aplicación jurídica eficaz

El CICR alentará a los Estados a que intensifiquen sus esfuerzos para aprobar las medidas de aplicación nacional necesarias para garantizar la protección de los pacientes y el personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios en los conflictos armados y otras situaciones de violencia. Se alentará a todos los Estados que aún no lo hayan hecho, a que incorporen leyes nacionales sobre el particular, concretamente, a promulgar y hacer cumplir las leyes que limitan el uso de los emblemas de la cruz roja y de la media luna roja, y a desarrollar o adaptar la legislación penal para que se repriman las violaciones de las leyes protectoras.

7. Movilizar a las fuerzas armadas nacionales

El CICR alentará a todas las fuerzas armadas nacionales que aún no lo hayan hecho a incorporar disposiciones en sus procedimientos operativos estándar respecto de la protección de la asistencia de salud. Estas órdenes operacionales deben versar, entre otras cosas, sobre asuntos concretos como la gestión de los puestos de control, a fin de facilitar el paso de los vehículos sanitarios y el ingreso en las instalaciones de salud.

8. Movilizar a los grupos armados no estatales

De manera sistemática, el CICR entablará un diálogo con los grupos armados que operan al margen del control del Estado, acerca de las leyes y las prácticas relativas a la protección de la asistencia de salud.

9. Movilizar a las instituciones especializadas en asistencia de salud y a los Ministerios de Salud

El CICR intensificará su diálogo con los Ministerios de Salud y las instituciones especializadas en este ámbito, para granjear solidaridad respecto de este asunto y mejorar

la comunicación de información sobre la violencia contra los pacientes y el personal y las instalaciones de salud, y las medidas para afrontar esa violencia.

10. Fomentar el interés en los círculos académicos

El CICR alentará a otras instituciones educativas y centros de estudios a que incorporen en los estudios de salud pública módulos sobre las repercusiones y los modos de afrontar la violencia contra los pacientes y el personal y las instalaciones de salud.

Anexo 1: Reseña del derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos que protege a los pacientes y al personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios en los conflictos armados y otras situaciones de violencia.

ANEXO 1

Reseña del derecho internacional humanitario y el derecho internacional de los derechos humanos que protege a los pacientes y al personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios en los conflictos armados y otras situaciones de violencia

El derecho internacional humanitario (DIH) contiene normas detalladas para la salvaguardia del respeto y la protección de los heridos y enfermos, así como del personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios en los conflictos armados. Estas normas son de obligado cumplimiento tanto para las fuerzas armadas de los Estados como para los grupos armados no estatales⁸

Sin embargo, en situaciones de violencia distintas de los conflictos armados (otras situaciones de violencia - OSV)⁹, sólo es aplicable¹⁰ el derecho internacional de los derechos humanos (DIDH) y no el DIH. El DIDH es menos preciso que el DIH, por cuanto en el mismo no se contempla la protección de la que gozan el personal y las instalaciones de salud. Las normas específicas se suelen extraer de disposiciones más generales del DIDH.

Sin embargo, hay algunas normas básicas aplicables, independientemente de la clasificación de la situación. El propósito de este anexo es presentar las normas básicas que regulan la protección del personal y de las instalaciones de salud, tanto en situaciones de conflicto armado como OSV, sin pretensiones de constituir un tratado exhaustivo sobre la cuestión.

Las normas identificadas han de entenderse respecto del DIH y del DIDH vigentes. Tras cada norma, habrá un breve comentario, en el cual se explica su base jurídica y se proporcionan directrices sobre cómo ha de interpretarse. Cuando el DIH sea aplicable, este incumbirá a todas las partes en los conflictos armados. Sin embargo, en las OSV, cuando sólo sea aplicable el DIDH, las normas se aplicarán exclusivamente a los Estados. Esta última limitación se debe al hecho de que, no obstante el DIDH es de obligado cumplimiento para los Estados, no se puede llegar a la conclusión, actualmente, que también es vinculante para los grupos armados no estatales, como, los movimientos de oposición¹¹.

Se han de tomar todas las medidas posibles para prestar asistencia de salud de manera no discriminatoria a los heridos y a los enfermos.

De conformidad con el DIH, todas las partes en los conflictos armados tienen la obligación básica de prestar, en toda la medida de lo posible y en el plazo más breve, atención y asistencia médicas a todos los heridos y enfermos. No se hará entre los heridos y los

⁸ Estas normas se describen en el documento de referencia "Respetar y proteger la asistencia de salud en los conflictos armados y otras situaciones de violencia", CD/09/13.1, octubre de 2009, presentado al Consejo de Delegados, en Nairobi, Kenia, el 23-25 de noviembre de 2009.

⁹ Dar una definición de OSV va más allá del ámbito del presente informe. Véase la referencia a "tensiones internas y disturbios interiores, tales como los motines, los actos esporádicos y aislados de violencia y otros actos análogos", en el art. 1 (2) del PII, en el que se especifica que estas situaciones no equivalen a conflictos armados.

¹⁰ El DIDH es aplicable además del derecho nacional.

¹¹ Sin embargo, de conformidad con el derecho penal internacional y el derecho nacional, los miembros individuales de los grupos armados no estatales deben respetar a los heridos y enfermos, al personal y las instalaciones de salud y, en circunstancias de peligro de muerte, prestar la asistencia médica factible.

enfermos ninguna distinción que no esté basada en criterios médicos¹². La calificación de "en toda la medida de lo posible y en el plazo más breve" significa que esta obligación no es absoluta, pero que se exige a las partes que tomen todas las medidas posibles, en función de sus recursos y la factibilidad de tales medidas en lo enconado de las hostilidades¹³. Sin embargo, no se dejará a nadie deliberadamente sin asistencia médica¹⁴.

De conformidad con el DIDH, los Estados tienen una obligación de garantizar el derecho a la vida, respecto del cual no se autoriza suspensión alguna, y se abstendrán de retener o retrasar deliberadamente la prestación de la asistencia de salud a las personas bajo su jurisdicción que estén en peligro de muerte¹⁵. Además, en los *Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la ley*, instrumento de derecho indicativo, se dispone que cuando el empleo lícito de la fuerza y de las armas de fuego sea inevitable, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley deben proceder de modo que se presten lo antes posible asistencia y servicios médicos a las personas heridas o afectadas¹⁶.

De conformidad con el derecho a la salud, los Estados también tienen una obligación de asegurar como mínimo, sobre una base no discriminatoria, la prestación de atención primaria básica, incluidos los servicios de prevención, curativos y de rehabilitación¹⁷. En tanto que esto es una obligación no derogable, su cumplimiento no es absoluto, por cuanto depende de los recursos disponibles de un Estado¹⁸. Sin embargo, los Estados tienen la obligación de emplear sus recursos existentes y, cuando éstos sean insuficientes, deben buscar activamente los recursos disponibles en la comunidad internacional, mediante la cooperación y la asistencia internacionales¹⁹. Cualquier otra limitación al derecho a la salud debe avenirse con el derecho, incluido el DIDH, ser compatible con la índole de ese derecho, en el interés de objetivos legítimos perseguidos, y ser estrictamente necesaria para promover el bienestar general de la sociedad. Además, dichas limitaciones han de ser limitadas en el tiempo y estar sujetas a revisión²⁰.

Se han de tomar todas las medidas posibles para buscar, recoger y evacuar a los heridos y los enfermos de manera no discriminatoria

¹² Art. 3 común (2) CG I-IV; art. 12 CGI; art. 12 CGII; art. 10 (2) PI; art. 7 (2) PII; J.M. Henckaerts / L. Doswald-Beck, *El derecho internacional humanitario consuetudinario*, CICR, 2007, Norma 110 [Estudio del DIH consuetudinario].

¹³ Comentario (...) (Protocolo I). Art. 10, PI, párrs. 446, 451.

¹⁴ Art. 12 (2) CGI/CGII.

¹⁵ El Tribunal Europeo de Derechos Humanos reconoció esto en *Chipre contra Turquía*, demanda n.º. 25781/94, sentencia del 10 de mayo de 2001, párrs. 219-221. Véase también, de manera más general, Comité de Derechos Humanos, Comentario general n.º 6: el derecho a la vida, 30 de abril de 1982 [http://www.ccprcentre.org/doc/ICCPR/General%20Comments/HRI.GEN.1.Rev.9\(Vol.I\)_\(GC6\)_es.pdf](http://www.ccprcentre.org/doc/ICCPR/General%20Comments/HRI.GEN.1.Rev.9(Vol.I)_(GC6)_es.pdf) (consultado el 24 de septiembre de 2011), párr. 5; M. Nowak, *U.N. Covenant on Civil and Political Rights: CCPR Commentary*, 2^{da} edición, Kehl-Strasbourg-Arlington: N. P. Engel, 2005, pp. 123-124.

¹⁶ Además, en el Código de Conducta para funcionarios encargados de hacer cumplir la ley, art. 6, se dispone: "Los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley asegurarán la plena protección de la salud de las personas bajo su custodia y, en particular, tomarán medidas inmediatas para proporcionar atención médica cuando se precise".

¹⁷ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Comentario General n.º 3: La índole de las obligaciones de los Estados Partes (art. 2, párr. 1 del Pacto), 14 de diciembre de 1990, párr. 10; id., Comentario General n.º 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. NU. E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 43.

¹⁸ Art. 2 (1), Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), 19 de diciembre de 1966, 999 UNTS 171.

¹⁹ CESCR, Comentario General n.º 3, párr. 10; CESCR, "Evaluación de la obligación de adoptar medidas hasta el "máximo de los recursos de que disponga" de conformidad con un protocolo facultativo del pacto", Doc. ONU. E/C.12/2007/1, 10 de mayo de 2007, párr. 10.

²⁰ Art. 4, PIDESC; CESCR, Comentario general sobre el derecho a la salud, párrs. 28-29.

De conformidad con el DIH, cuando las circunstancias lo permitan, y especialmente después del combate, todas las partes en conflictos armados deben, sin demora, tomar todas las medidas posibles para buscar, recoger y evacuar a los heridos y enfermos sin distinción desfavorable alguna²¹.

En el ámbito de aplicación del derecho a la salud en el DIDH, los Estados tienen la obligación inderogable de garantizar el acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud sobre una base no discriminatoria²², en función de los recursos disponibles²³. En tanto que las instalaciones, bienes y servicios deben estar en lugares de acceso físico seguro para todos los sectores de la población, incumbe a los Estados una obligación especial de tomar todas las medidas posibles, incluidas la búsqueda, la recogida y la evacuación de los heridos y los enfermos, como en este caso, para facilitar que las personas disfruten su derecho de acceso a la asistencia de salud, cuando no puedan ejercer por sí mismos ese derecho mediante los medios a su disposición, por razones ajenas a su voluntad²⁴. Dado que, muchas veces, en OSV, no es posible para los heridos y los enfermos tener acceso a las instalaciones de salud a causa de su estado y/o de la violencia existente, el cumplimiento de esta obligación entraña una obligación activa de búsqueda, recogida y evacuación de los heridos y enfermos.

Los heridos y los enfermos, así como el personal de asistencia de salud, no serán atacados, no serán privados arbitrariamente de la vida, ni recibirán malos tratos. El uso de la fuerza contra el personal de asistencia de salud sólo se justifica en circunstancias excepcionales.

De conformidad con el DIH, la obligación básica de respetar a los heridos y a los enfermos entraña, en particular, no atacarlos, no matarlos ni causarles daño de manera alguna²⁵.

Además, el personal, las unidades y los vehículos sanitarios, en el ejercicio de su labor exclusivamente humanitaria, sean militares o civiles, no deben ser atacados ni se les debe causar daño, a no ser que cometan, al margen de sus labor humanitaria, actos perjudiciales para el enemigo²⁶. Entre los ejemplos de actos "perjudiciales para el enemigo" cabe citar el uso de las unidades sanitarias para albergar a combatientes en buen estado de salud, almacenar armas o municiones, como puestos de observación militar o como escudo para la acción militar²⁷; o el transporte de tropas en buen estado de salud, armas o municiones o la recogida o transmisión de información militar²⁸. Sin embargo, no se considera que forman parte de esa excepción algunos actos, por ejemplo: el porte de armas ligeras individuales para defensa propia o de los heridos y enfermos; la presencia o la escolta por personal militar; y la posesión de armas portátiles [también denominadas armas pequeñas] recogidas a los heridos y enfermos, y que aún no se han entregado a la autoridad competente²⁹.

²¹ Art. 15 (1) CGI; art. 18 CGII; art. 8 PII; Norma 109, Estudio sobre el DIH consuetudinario.

²² CESCR, Comentario General n.º 14 sobre el derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, doc. ONU . E/C.12/2000/4, 11 de agosto de 2000, párr. 43.

²³ Art. 25, Declaración Universal de los Derechos Humanos, 10 de diciembre de 1948, ONU-AG Res. 217, Anexo; art. 12, PIDESC.

²⁴ Véase CESCR, Comentario General sobre el derecho a la salud, párrs. 12, 37, 43.

²⁵ Art. 12 CGI; art. 12 CGII; art. 16 CG IV; art. 10 PI; art. 7 PII; Comentario del PI, art. 10, párr. 446. Con arreglo al DIH, por definición, los heridos y los enfermos se abstienen de todo acto de hostilidad. Véase art. 8 (a), PI.

²⁶ Normas 25, 28, 29, Estudio sobre el DIH consuetudinario; arts. 19 (1), 24-26, 35 CGI; arts. 23, 36 CGII; arts. 18, 20, 21 CGIV; arts. 12 (1), 15, 21 PI; arts. 9, 11 (1) PII.

²⁷ Comentario del art. 21 GCI, pp. 200-201; Comentario de la norma 28, Estudio sobre el DIH consuetudinario, p. 103.

²⁸ Comentario de la norma 29, Estudio sobre el DIH consuetudinario, p. 109.

²⁹ Art. 22 CGI; art. 13 PI; Comentario respectivo de las normas 25, 29, Estudio sobre el DIH consuetudinario, pp. 89, 109.

De conformidad con el DIDH, los Estados tienen la obligación de no someter a la privación arbitraria de la vida a cualquier persona bajo su jurisdicción, incluidos los heridos y los enfermos, así como el personal sanitario³⁰. El uso de la fuerza por los agentes del Estado contra el personal sanitario se justifica sólo cuando sea absolutamente necesario defender a una persona de una amenaza inminente contra su vida o alguno de sus miembros³¹. Generalmente, ni los heridos y enfermos, ni el personal sanitario suponen tal amenaza inminente que justifique el uso de la fuerza contra ellos. Aun en ese caso, los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley deben dar una clara advertencia de su intención de usar las armas de fuego, dando un tiempo suficiente para que pueda observarse la advertencia, a no ser que hacerlo sería un riesgo de muerte o de grave daño para el oficial de policía o terceras personas³².

No se debe denegar o limitar arbitrariamente el acceso a las instalaciones de salud

De conformidad con el DIH, la obligación de respetar al personal, las unidades y vehículos sanitarios que se dedican exclusivamente a tareas médicas, entraña que no se debe impedir arbitrariamente el paso del personal y los suministros sanitarios³³. Como todas las demás obligaciones relativas al personal y las instalaciones de salud, esta obligación se deriva del deber fundamental de respetar, proteger y prestar asistencia a los heridos y los enfermos³⁴. Dado que la obligación de garantizar una asistencia adecuada para los heridos y enfermos, incluye, por ejemplo, entregarlos a una unidad sanitaria o garantizar su traslado a un lugar donde puedan ser atendidos de manera adecuada³⁵, son contrarias a ella las medidas por las que se impide a los heridos y enfermos el acceso a las instalaciones de salud. De manera más general, se exige a las partes en un conflicto que permitan y faciliten el paso rápido y sin trabas de la ayuda humanitaria destinada a civiles necesitados³⁶ que tenga carácter imparcial y se preste sin distinción desfavorable alguna. Aunque los envíos de socorros quedan sujetos al consentimiento de las partes interesadas³⁷; tal consentimiento no debe negarse arbitrariamente³⁸.

De conformidad con el DIDH, la obligación inderogable de respetar el derecho a la salud, que incluye el acceso a las instalaciones, bienes y servicios de asistencia de salud sobre una base no discriminatoria, exige a los Estados que se abstengan de negar o limitar arbitrariamente dicho acceso a los heridos y enfermos, por ejemplo, como medida punitiva contra los oponentes políticos³⁹. Las restricciones impuestas al acceso de los médicos a las personas que precisan tratamiento y de quienes se piensa son oponentes de un Gobierno son una limitación arbitraria, ya que un Estado que impone tal limitación difícilmente podría demostrar que esto se aviene con la índole esencial del derecho de acceso a la asistencia

³⁰ Art. 6(1) Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, 999 UNTS 171; art. 2, Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales (CEDH), 4 de noviembre de 1950, CETS n.º 5; art. 4, Convención Americana sobre Derechos Humanos (CADH), 22 de noviembre de 1969, OEA Serie sobre Tratados n.º 36, 1144 UNTS 123; art. 4, Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (CADHP), 27 de junio de 1981, OUA Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5.

³¹ Art. 2 (2) CEDH; *HRC, Guerrero contra Colombia*, Comunicación n.º R.11/45, Doc. ONU, Sup. n.º. 40(A/37/40), 31 de marzo de 1992, párrs. 13.2, 13.3; Corte Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), *Las Palmeras*, sentencia, 26 de noviembre de 2002, Ser. C n.º 96 (2002); Nowak, *op. cit.*, p. 128; Principios 9, 10, Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la ley, Doc. ONU A/CONF.144/28/Rev. 1 (1990).

³² Principios 9, 10, Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza, *op. cit.*

³³ Comentario del art. 12 PI, p. 239, párr. 517.

³⁴ *Commentary*, art. CGI, p. 134.

³⁵ *Commentary*, art. CG I, p. 137; Comentario del PII, art. 8, p. 186, párr. 4655.

³⁶ Norma 55, Estudio sobre el DIH consuetudinario; art. 70 del PI; art. 18 (2) del PII. Véase también art. 23, CGIV.

³⁷ *Ibid.*

³⁸ Comentario de la norma 55, Estudio sobre el DIH consuetudinario, p. 216.

³⁹ CDESCR, Comentario General sobre el derecho a la salud, párrs. 34, 43, 47, 50.

de salud⁴⁰. Además, las limitaciones por razones de seguridad nacional sólo podrían invocarse, si beneficiasen al bienestar económico y social de la población de un Estado⁴¹. Este no sería el caso si una parte de la población estuviese privada de la asistencia de salud que se necesita urgentemente.

No deben ponerse trabas al personal sanitario en la realización de sus tareas exclusivamente médicas ni debe ser molestado por el simple hecho de prestar asistencia a los heridos y enfermos.

De conformidad con el DIH, la obligación de respetar al personal médico que efectúa tareas exclusivamente sanitarias también entraña una obligación de no interferir arbitrariamente en dichas tareas, a fin de permitir que los heridos y enfermos reciban tratamiento⁴². Las Partes en un conflicto no molestarán ni castigarán al personal sanitario por haber ejercido una actividad médica conforme con la deontología, tampoco se podrá obligarlo a realizar actividades contrarias a la deontología ni a abstenerse de realizar actos exigidos por dicha deontología⁴³. Estas normas impiden prácticas como la toma de control de hospitales por fuerzas armadas o grupos armados que hostiguen, intimiden o arresten a los profesionales de la salud.

Estas prácticas también están prohibidas en el DIDH, dado que la obligación inderogable de respetar el derecho al acceso de los heridos y enfermos a las instalaciones, bienes y servicios sanitarios sobre una base no discriminatoria, exige de los Estados que se abstengan de injerirse directa o indirectamente en el disfrute de ese derecho⁴⁴.

Los heridos y los enfermos, y el personal y las instalaciones de salud también deben ser protegidos contra la interferencia de terceros

De conformidad con el DIH, la obligación de las partes en conflicto de proteger a los heridos y enfermos, y al personal, las unidades y vehículos sanitarios incluye el deber de garantizar que terceras personas los respeten y de tomar medidas para ayudar a dicho personal, unidades y transportes en el desempeño de sus tareas. Esto exige, por ejemplo, retirar a los heridos y enfermos del escenario de combate y ponerlos al cubierto, o garantizar la entrega de suministros médicos proporcionando un vehículo⁴⁵. En particular, se debe proteger a los heridos y enfermos contra los malos tratos y el pillaje de sus pertenencias⁴⁶.

De conformidad con el DIDH, la obligación de los Estados de garantizar el derecho a tener acceso, sobre una base no discriminatoria, a las instalaciones, bienes y servicios sanitarios también implica que los Estados deben tomar medidas activas para permitir que las personas gocen de ese derecho⁴⁷. Esto también significa que los Estados han de tomar las medidas apropiadas para prevenir que terceros interfieran con el tratamiento médico que se preste a los heridos y enfermos⁴⁸.

⁴⁰ *Ibíd.*, párr. 28.

⁴¹ Art. 4, PIDESC; P. Alston y G. Quinn, "The nature and scope of States parties' obligations under the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights", 1987, Vol. 9, Human Rights Quarterly, p. 202.

⁴² *Commentaries*, arts. 19, 24, 35, CGI, pp. 196, 220, 280; Comentario, arts. 12, 21, PI, pp. 237, 351, respectivamente; Comentario, art. 11 PII, p. 211.

⁴³ Art. 18 (3) CGI; art. 16 (1) (2), PI; art. 10 (1) (2), PII.

⁴⁴ CESCR, Comentario General sobre el derecho a la salud, párrs. 33, 43.

⁴⁵ *Commentaries*, arts. 19, 24, 35, CGI, pp. 196, 220, 280; Comentario, arts. 12, 21, PI, pp. 237, 351; Comentario, arts. 9, 11, PII, pp. 189 y 211 respectivamente.

⁴⁶ Art. 15 GCI; Art. 18 GCII; Art. 16 GCIV; Art. 8 APII; norma 111, Estudio del DIH consuetudinario.

⁴⁷ CESCR, Comentario General sobre el derecho a la salud, párr. 37; Principio 5 (c), Principios Básicos sobre el Empleo de la Fuerza y de Armas de Fuego por los Funcionarios Encargados de Hacer Cumplir la ley.

⁴⁸ Véase CESCR, Comentario General sobre el derecho a la salud, párrs. 33, 37.

Los emblemas de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo sólo se han de emplear para señalar al personal y las instalaciones de salud autorizados para utilizarlos en los conflictos armados o para indicar que las personas o bienes están relacionados con el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Se tomarán todas las medidas necesarias para prevenir y reprimir el empleo abusivo de los emblemas.

De conformidad con el DIH, el emblema se puede utilizar a título protector o indicativo. Durante los conflictos armados, constituye la manifestación visible de la protección que el DIH otorga a los heridos y enfermos, y al personal, las instalaciones y los vehículos sanitarios⁴⁹. Cuando se utiliza a título indicativo, el emblema tiene por objeto mostrar que personas u objetos están vinculados con el Movimiento⁵⁰. En tanto que el emblema protector debe ser identificable desde tan lejos como sea posible y ha de ser tan grande como sea necesario para garantizar su reconocimiento⁵¹; en comparación con el emblema protector, el emblema indicativo debe ser de dimensiones relativamente pequeñas, y no debe colocarse en brazales o en techumbres⁵². El emblema como tal no confiere protección, son las disposiciones pertinentes del DIH las que lo hacen.

Es necesario distinguir entre los dos tipos de uso, a fin de evitar confusiones sobre quién tiene derecho a ostentar el emblema en los conflictos armados⁵³. En el Reglamento sobre el uso del emblema de la cruz roja o de la media luna roja se estipula que las Sociedades Nacionales se han de esforzar, ya en tiempo de paz, para tomar medidas necesarias que garanticen que los emblemas utilizados a título indicativo sean de dimensiones relativamente pequeñas⁵⁴.

Sin embargo, en el Comentario de ese Reglamento se señala claramente que es una recomendación y que "*no debe excluirse la utilización, en ciertos casos, de un emblema de grandes dimensiones, en especial cuando tienen lugar acontecimientos en los que es importante poder identificar rápidamente a los socorristas*"⁵⁵. Sobre el particular, en el estudio de 2009, efectuado por el CICR y titulado *Estudio sobre cuestiones operacionales, comerciales y no operacionales relativas al uso del emblema* se recomienda que los

⁴⁹ Quienes están autorizados a usar los emblemas a título protector son: los servicios sanitarios de las fuerzas armadas y grupos armados suficientemente organizados; las unidades y vehículos sanitarios de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que han sido debidamente reconocidos y autorizados por el respectivo Gobierno para asistir a los servicios sanitarios de las fuerzas armadas, cuando se emplean exclusivamente con los mismos fines que estas últimas y están regidos por leyes y reglamentos militares; hospitales civiles (públicos o privados) reconocidos como tales por las autoridades del Estado y que están autorizados a ostentar el emblema; en territorio ocupado y en zonas con operaciones militares en curso, personas que trabajan en la dirección y la administración de tales hospitales civiles (así como en la búsqueda, recogida y traslado y prestación de asistencia en favor de los civiles heridos y enfermos, los discapacitados y los casos de obstetricia); personal sanitario civil en territorios ocupados y donde se libran, o probablemente se librarán, combates; unidades y transportes sanitarios civiles, según se definen en el PI, reconocidos por las autoridades competentes y autorizados por éstas a ostentar el emblema; otras sociedades voluntarias de ayuda, reconocidas y autorizadas, supeditadas a las mismas condiciones que las aplicables a las Sociedades Nacionales. El CICR y la Federación Internacional pueden usar el emblema a título protector en los conflictos armados, sin restricción alguna. Véanse arts. 39-44, CG I; arts. 22-23, 26-28, 34-37, 39, 41-44, CG II; arts. 18(1)(4), P I; art. 12, PII; art. 2, PIII.

⁵⁰ Art. 44 GCI; art. 1, Reglamento sobre el uso del emblema de la cruz roja o de la media luna roja por las Sociedades Nacionales, revisada en noviembre de 1991. Están autorizados a emplear el emblema: las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, las ambulancias, los puestos de primeros auxilios operados por terceros, cuando se dedican exclusivamente a prestar tratamiento gratuito a los heridos y enfermos, como medida excepcional, bajo la condición de que el emblema se emplee de conformidad con la legislación nacional y que la Sociedad Nacional autorice expresamente su empleo. Véanse, art. 44 (2) CGI; art. 44 (4) CGI. El CICR y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja pueden usar el emblema a título indicativo sin restricción alguna. Véase art. 44 (3) CGI.

⁵¹ Arts. 39-44, CGI; art. 18, PI; art. 6, Reglamento sobre el uso del emblema.

⁵² Art. 44 (2) GCI; arts. 4, 16, Reglamento sobre el uso del emblema.

⁵³ Art. 44 (2) GCI.

⁵⁴ Art. 4, Reglamento sobre el uso del emblema.

⁵⁵ Comentario del art. 4, Reglamento sobre el uso del emblema.

socorristas (y las instalaciones) de las Sociedades Nacionales utilicen un emblema distintivo más grande en situaciones de disturbios y tensiones interiores si (a) ello puede mejorar la asistencia médica que prestan a las víctimas de la violencia, y (b) si así lo autoriza, o por lo menos no lo prohíbe, la legislación nacional⁵⁶.

Las autoridades competentes han de tomar todas las medidas necesarias, incluida la adopción de legislación nacional, para prevenir y reprimir el empleo abusivo⁵⁷, incluidas las imitaciones⁵⁸, el uso indebido⁵⁹, o el uso pérfido⁶⁰.

Derecho nacional

El Servicio de Asesoramiento del CICR ha tratado de delimitar los distintos ámbitos en los que se deberían tomar medidas en el plano nacional. Dichos ámbitos se presentan en una ficha técnica que se distribuirá entre los participantes en la XXXI Conferencia Internacional. La ficha, que abarca tanto los conflictos armados como otras situaciones de violencia, hace referencia a los instrumentos del DIH y del DIDH que otorgan protección a los heridos y los enfermos, y al personal sanitario. Las medidas contempladas tienen por objeto a) *prevenir* las violaciones de las obligaciones internacionales; b) *mejorar el cumplimiento de estas obligaciones* allí donde sean aplicables y c) *reprimir y castigar* las violaciones.

⁵⁶ El CICR en consulta con la Federación Internacional, Estudio sobre cuestiones operacionales, comerciales y no operacionales relativas al uso del emblema, CD/09/7.3.1, octubre de 2009, presentado al Consejo de Delegados en Nairobi, Kenia, 23-25 de noviembre de 2009, pregunta 18, p. 90.

⁵⁷ Art. 54, CGI; art. 12, PII; art. 6, PIII.

⁵⁸ El uso de un signo que, a causa de su forma y/o color, puede confundirse con el emblema.

⁵⁹ Se refiere al uso del emblema por personas que generalmente tienen la autorización para emplearlo, pero que lo hacen de manera no conforme a las disposiciones del DIH sobre el uso del emblema; o el uso del emblema por entidades o personas que no tienen derecho a hacerlo (empresas comerciales, farmacias, médicos privados, Organizaciones no Gubernamentales, personas comunes, etc.), o cuando se emplea con fines que no se avienen con los Principios Fundamentales del Movimiento. Véase art. 38, PI.

⁶⁰ El uso del emblema durante un conflicto armado con la intención de inducir a error al adversario a fin de matarlo, herirlo o capturarlo. Véase art. 37, PI. Matar o herir a un adversario recurriendo a la perfidia es un crimen de guerra, tanto en los conflictos armados internacionales como no internacionales. Véanse, art. 8 (2) (b) (xi), (e) (xi), Estatuto de la CPI.