

En el marco de la Iniciativa mundial para impulsar el compromiso político con el derecho internacional humanitario (Iniciativa Mundial sobre DIH), **España, Nigeria, Pakistán, Uruguay y el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)** tienen el agrado de hacer la siguiente presentación:

LÍNEA DE TRABAJO 5

TERCERA CONSULTA CON LOS ESTADOS SOBRE LOGRAR UNA PROTECCIÓN EFECTIVA DE LOS HOSPITALES DURANTE LOS CONFLICTOS ARMADOS

La consulta está abierta a los altos funcionarios militares del Ministerio de Defensa que tienen sede en su capital y participan en la planificación de las operaciones militares, y a los representantes de las misiones permanentes en Ginebra.

MIÉRCOLES 11 DE FEBRERO DE 2026

9:30 –13:30 (UTC+1)

FORMATO: PRESENCIAL (GINEBRA) Y EN LÍNEA (POR ZOOM)

Antecedentes

En virtud del derecho internacional humanitario (DIH), los hospitales y otras instalaciones de salud que se utilizan en el marco de su función humanitaria gozan de una protección específica, según la cual deben ser respetados y protegidos en todo momento y no pueden ser atacados bajo ningún concepto siempre que se utilicen en el marco de su función humanitaria. Esto incluye las obligaciones de los beligerantes de tomar todas las medidas posibles para facilitar el funcionamiento de las instalaciones de salud. A pesar de esta elevada protección dispuesta para los hospitales, los conflictos armados contemporáneos ponen de manifiesto la brecha existente entre el derecho y la dura realidad en el terreno. La línea de trabajo sobre lograr una protección efectiva de los hospitales durante los conflictos armados tiene por objetivo convocar a Estados y expertos a analizar los principales contornos de la

protección específica de los hospitales en virtud del DIH y responder a los problemas jurídicos y operacionales que amenazan con debilitar esta protección. El objetivo general es dar a conocer las normas actuales del DIH que otorgan protección específica a las instalaciones de salud y que se apliquen de manera fiel a su propósito humanitario y protector.

Durante la segunda consulta, los Estados y los expertos continuaron reafirmando la protección específica otorgada a las instalaciones de salud a la vez que se concentraron en las buenas prácticas para la implementación de la obligación de respetar y proteger dichas instalaciones. En particular, compartieron aspectos clave de su doctrina y práctica militares dirigidos a evitar los ataques y el uso indebido de los hospitales para cometer actos perjudiciales para el enemigo fuera de su función humanitaria, con la consecuente pérdida de la protección específica. En este sentido, las buenas prácticas incluyeron la comunicación con las entidades médicas con anticipación a las operaciones militares para que los hospitales no sean atacados o utilizados con fines militares, así como la adopción de medidas concretas para que las instalaciones de salud reciban los insumos médicos y los recursos vitales adecuados, como agua y electricidad, de modo que puedan continuar prestando servicios médicos en conflictos armados. Los Estados y los expertos también se centraron en las buenas prácticas para la implementación de salvaguardas jurídicas dirigidas a evitar la pérdida excepcional de protección, por ejemplo, al incluir en la doctrina y los manuales militares una definición específica de actos perjudiciales para el enemigo y establecer la naturaleza obligatoria del requisito de advertencia. Los participantes también presentaron estrategias para fundamentar las denuncias de que un hospital se ha utilizado con fines militares a fin de evitar o minimizar los errores en las evaluaciones.

La tercera consulta se basará en la práctica local, las perspectivas jurídicas y las recomendaciones operacionales compartidas durante la primera y la segunda rondas. En particular, se tratará el principio de precaución, que establece más límites a los ataques contra hospitales y otras unidades sanitarias en los casos excepcionales en los que pierden la protección específica y se convierten en objetivos militares. En la consulta se tratarán, asimismo, las buenas prácticas relativas a la aplicación y el cumplimiento de las normas de DIH relacionadas con la protección específica de los hospitales, fundamentándose en los aportes recibidos durante la primera consulta sobre estas cuestiones.

Objetivos

Los objetivos de esta consulta son los siguientes:

- proporcionar una actualización sobre la línea de trabajo y sus progresos:
 - informar a los participantes sobre las conclusiones de la segunda consulta, así como sobre las ideas que surgieron en el segundo taller con expertos;
 - trazar los próximos pasos hacia la determinación de las recomendaciones finales de la línea de trabajo;
- velar por que se recopile un amplio conjunto de buenas prácticas para mejorar el respeto y la aplicación de las normas de DIH que protegen las instalaciones de salud;
- recopilar aportes sustanciales de los Estados sobre las buenas prácticas hasta la fecha, complementarlas con medidas prácticas adicionales e identificar las áreas que podrían beneficiarse de un análisis más detenido.

Siguientes etapas

Después de las tres rondas de consulta, los Estados colíderes y el CICR formularán recomendaciones concretas que serán presentadas a todos los Estados para profundizar el debate:

- El 1 de abril de 2026, las primeras versiones de las recomendaciones para todas las líneas de trabajo se enviarán a todas las misiones permanentes en Ginebra y se publicarán en el sitio web [Humanity in War](#).

- La **cuarta ronda de consultas** tendrá lugar entre el **4 y el 6 de mayo de 2026** en un **formato híbrido**. Durante esta ronda, se invitará a todos los Estados a compartir comentarios sobre las primeras versiones de las recomendaciones para cada línea de trabajo, que se debatirán de manera secuencial.
- El **1 de junio de 2026**, las segundas versiones de las recomendaciones para todas las líneas de trabajo se enviarán a todos los Estados y se publicarán en el sitio web [Humanity in War](#).
- La **quinta ronda de consultas** tendrá lugar entre el **22 y el 26 de junio de 2026** en un **formato híbrido**. Se invitará a todos los Estados a emitir comentarios finales sobre las recomendaciones. Luego de esta ronda, los Estados colíderes y el CICR finalizarán las recomendaciones para cada línea de trabajo, que se presentarán a todos los Estados en la segunda parte de 2026.

Participantes

- La consulta se realizará en formato híbrido con participación presencial y en línea.
- La consulta está **abierta a todos los Estados interesados**, con preferencia por los altos funcionarios militares del Ministerio de Defensa que tienen sede en su capital y participan en la planificación de las operaciones militares, los representantes del Ministerio de Salud y los representantes de las misiones permanentes en Ginebra.
- También se invitará a participar a otros representantes con conocimientos específicos en la materia (por ejemplo, miembros de organizaciones internacionales, la sociedad civil y el ámbito académico).
- Solicitamos inscribirse hasta el **viernes 30 de enero de 2026** a más tardar, mediante el [formulario de inscripción](#).

Procedimiento

- Los idiomas de trabajo serán **árabe, chino, español, francés, inglés y ruso**, con interpretación simultánea.
- Les solicitamos que limiten sus intervenciones a **cuatro minutos** a fin de que todos los participantes tengan tiempo suficiente para tomar la palabra. Al final de la consulta, y una vez que hayan hecho sus aportes todos los participantes que así lo deseen, los Estados y otros participantes tendrán la oportunidad de debatir las ideas planteadas por los demás.
- Se solicita a los participantes que, al preparar su intervención, tengan en cuenta las **preguntas orientativas** incluidas en el programa.
- A lo largo de toda la consulta, el debate tendrá un carácter **inclusivo, constructivo, no politizado y orientado a soluciones**. Si bien se invita a los participantes a hacer referencia a las prácticas nacionales en su respectivo país, solicitamos que se abstengan de hacer comentarios sobre contextos específicos o sobre la práctica de otros Estados.
- Para facilitar la interpretación, invitamos a los participantes a enviar por correo electrónico una copia de sus intervenciones antes del 30 de enero de 2026 a ihlinitiative@icrc.org, con el asunto “Hospitals workstream third consultation”. También alentamos a los participantes a enviar una transcripción completa de sus intervenciones por correo electrónico luego de la reunión. **A menos que se solicite expresamente la confidencialidad, estas declaraciones se publicarán en el sitio web Humanity in War**.
- La reunión de la consulta quedará grabada, pero la grabación no estará disponible públicamente.

Programa

Lograr una protección efectiva de los hospitales durante los conflictos armados Tercera ronda de consultas

9:30–13:00, 11 de febrero de 2026
Humanitarium del CICR, 17 avenue de la Paix, 1202 Ginebra

El siguiente programa presenta las buenas prácticas que surgieron de la primera y la segunda consultas con los Estados y de los talleres con expertos. Las preguntas orientativas que se proporcionan en cada sección tienen por objeto recopilar información sustancial sobre las buenas prácticas identificadas y recopilar buenas prácticas adicionales para mejorar la aplicación de las normas de DIH que protegen a los hospitales.

A fin de brindar un fundamento para los debates, en esta sección se describen algunas de las obligaciones del DIH en las que se basan estas buenas prácticas. Asimismo, para facilitar la consulta, en el anexo del presente documento se enumeran las normas esenciales del DIH relativas a la protección de las actividades médicas, los heridos y enfermos, la protección del personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios, y el uso de los emblemas distintivos.

Se invita a los Estados a compartir sus opiniones sobre estas cuestiones durante la consulta. Sin embargo, si lo prefieren, durante la consulta los Estados pueden compartir observaciones y prácticas más generales relacionadas con la protección de los hospitales en los conflictos armados. Tenga en cuenta que esta lista de preguntas también se compartió como parte del segundo taller con expertos que se llevó a cabo el 30 y 31 de octubre de 2025, y reunió a académicos de DIH, profesionales de la salud pública y personal militar para debatir las mismas cuestiones.

** Todos los horarios pueden variar en función del número de intervenciones.*

Registro y desayuno / Inicio de sesión y conexión	09:00 – 9:30
Apertura y presentación	09:30 – 10:00
Sesión 1: El principio de precaución	10:00 – 11:30
Debate Esta sesión se centra en la manera de mejorar la implementación del principio de precaución cuando un hospital pasa a ser objeto de ataque o cuando corre el riesgo de sufrir daños incidentales, y se orienta a identificar estrategias para evitar o minimizar dichos daños a la vez que se garantiza la continuidad de la atención. Cuando se considere necesario, este tipo de medidas podrían suponer la evacuación de pacientes, personal sanitario y equipamiento médico. Los beligerantes deben tomar medidas constantemente para proteger a la población civil de los peligros que surgen de las operaciones militares. Los beligerantes deben tomar todas las precauciones factibles para minimizar el daño incidental en la situación excepcional en que parte del hospital pase a ser objetivo de ataque. Los beligerantes deben tomar todas las precauciones factibles en los casos en que un hospital pudiera sufrir daños incidentales a causa de ataques contra un objetivo militar ubicado en sus inmediaciones, y en el caso de ataques a infraestructura de doble uso que posibilita su funcionamiento.	

Entre ellas, se incluye la adopción de todas las medidas factibles para minimizar el daño incidental de los heridos y enfermos, el personal sanitario y la población civil. Debe prestarse especial atención a no destruir, dañar o inutilizar el equipamiento médico. Los pacientes, el personal sanitario y las personas civiles que no puedan abandonar la instalación de salud por el motivo que fuere conservan la protección contra los ataques.

Los beligerantes deben tomar todas las precauciones factibles para proteger las instalaciones de salud bajo su control contra los efectos de los ataques, por ejemplo, al evitar el emplazamiento de objetivos militares en las inmediaciones de las instalaciones de salud.

Preguntas orientativas

1. ¿Qué medidas concretas puede recomendar para una mejor gestión de la prestación continua de asistencia de salud, como las situaciones en las que la evacuación de personal sanitario y pacientes pueda tornarse necesaria (por ejemplo, pacientes posoperatorios, pacientes en terapia intensiva y pacientes con riesgos o necesidades específicas)?
2. ¿Qué medidas concretas pueden tomarse para minimizar el daño indirecto que sufren los hospitales a causa de ataques a objetivos militares ubicados en sus inmediaciones o contra infraestructura de uso doble que posibilita su funcionamiento?
3. La siguiente lista contiene buenas prácticas para la aplicación eficaz del principio de precaución. Nos interesan sus comentarios o reflexiones sobre estas prácticas, así como toda buena práctica adicional que quisiera recomendar.

Además de las buenas prácticas generales relativas a las precauciones, las hay específicas para las instalaciones de salud:

- establecer un acuerdo con la parte adversaria para crear zonas y localidades sanitarias y seguras, que estén desmilitarizadas y en las que los heridos y enfermos puedan recibir atención, en virtud de los Convenios de Ginebra;
- negociar un acuerdo con la otra parte sobre la evacuación del personal sanitario y sus pacientes;
- evacuar a los heridos y enfermos a la vez que se les procura acceso a asistencia de salud continua;
- adoptar medidas adecuadas para proteger el equipamiento médico contra daños y destrucción.

Receso	11:30 – 11:45
Sesión 2: Procurar la aplicación y el cumplimiento de las normas del DIH que protegen las instalaciones de salud	11:45 – 13:15
Debate En esta sesión se debaten medidas orientadas al respeto de las normas del DIH que protegen hospitales y medidas para que se cumpla la rendición de cuentas por los ataques contra las instalaciones de salud que constituyen violaciones graves del DIH. Los Estados deben respetar las obligaciones que les impone el DIH, sobre todo las que protegen las instalaciones de salud.	

Los Estados deben aprobar la legislación necesaria para prohibir infracciones graves y otras violaciones graves del DIH, y para que las personas que han cometido u ordenado la comisión de violaciones graves del DIH reciban sanciones penales efectivas.

Los Estados deben investigar y procesar todas las violaciones graves de DIH e imputar la responsabilidad de los autores y de aquellos con responsabilidad de mando.

Las siguientes violaciones graves de DIH que afectan a las instalaciones de salud deben integrarse a la legislación interna como delitos penales con sus correspondientes sanciones.

Ataques contra instalaciones de salud

Los ataques intencionales contra una instalación de salud que no ha perdido su protección específica —y por lo tanto no puede considerarse un objetivo militar— constituyen violaciones graves de DIH en conflictos armados internacionales y no internacionales.

Ataques desproporcionados que afectan instalaciones de salud

Un ataque contra una instalación de salud o que daña incidentalmente una instalación de salud a sabiendas de que el daño previsto para la población civil y los bienes de carácter civil, como la instalación de salud, sería claramente excesivo en relación con la ventaja militar general concreta y directa prevista constituye una violación grave de DIH.

Perfidia

Las partes en un conflicto armado que utilizan las unidades o transportes sanitarios para atacar o cometer otros actos perjudiciales para el enemigo con el propósito de hacer creer a la parte adversaria que están protegidos cometan actos de perfidia. Si dichos actos tienen como consecuencia la muerte o lesión de personas pertenecientes a la parte adversaria, constituyen violaciones graves de DIH en conflictos armados internacionales y no internacionales.

Preguntas orientativas

1. ¿Qué medidas individuales y colectivas pueden adoptar los Estados para promover el respeto del DIH por las partes en conflictos armados a fin de brindar protección a los hospitales?
2. ¿Cómo pueden vincularse las recomendaciones con iniciativas o mandatos vigentes que se ocupan de la protección de hospitales y otras instalaciones de salud, como la Resolución 2286 del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas (2016) o la Oficina del Representante Especial del Secretario General para los niños y los conflictos armados, que incluye el uso indebido y los ataques contra hospitales entre las seis violaciones graves contra los niños?
3. La siguiente lista presenta obligaciones y buenas prácticas para hacer rendir cuentas por las violaciones graves de las normas del DIH que protegen las instalaciones de salud. ¿Qué otras buenas prácticas están vigentes o podrían elaborarse?
 - Establecer un sistema para investigar las denuncias de interferencia militar en el funcionamiento de las instalaciones de salud, su uso indebido con fines militares, los ataques contra ellas y el bloqueo de los insumos médicos necesarios para el funcionamiento de los hospitales.
 - En los casos de ataques contra las instalaciones de salud que constituyan infracciones graves o crímenes de guerra, enjuiciar a los autores y a quienes tienen responsabilidad de mando por dichas acciones. En todos

<p>los demás casos, adoptar medidas de reparación adecuadas para evitar mayores infracciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Brindar capacitación al poder judicial y a las fiscalías sobre la protección específica que el DIH otorga a las instalaciones de salud. 	
Observaciones finales	13:15 –13:30

Anexo

En esta sección se esboza el marco jurídico del DIH para la protección de los heridos y enfermos, la protección del personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios, y el uso de los emblemas distintivos.

Los heridos y enfermos

Atacar, dañar o matar

Los heridos y los enfermos deben ser respetados en todas las circunstancias; los atentados contra su vida y la violencia contra su persona están estrictamente prohibidos (Primer Convenio de Ginebra (CG I), art. 12; Segundo Convenio de Ginebra (CG II), art. 12; Cuarto Convenio de Ginebra (CG IV), art. 16; Protocolo Adicional I (PA I), art. 10; Protocolo Adicional II (PA II), art. 7).

Matarlos intencionalmente o causarles grandes sufrimientos o lesiones graves a su cuerpo o a su salud constituyen crímenes de guerra por ser violaciones graves de los Convenios de Ginebra (CG I, art. 50; CG II, art. 51).

En determinadas circunstancias, la denegación de tratamiento médico puede constituir un trato cruel o inhumano, un ultraje a la dignidad humana, en particular un trato humillante y degradante, e incluso tortura si se cumplen los criterios necesarios.

Búsqueda y recolección

Las partes en un conflicto armado deben adoptar todas las medidas posibles para buscar y recoger sin demora a los heridos y enfermos. Si las circunstancias lo permiten, las partes deben tomar las medidas necesarias para el traslado o el intercambio de los heridos y enfermos (CG I, art. 15; CG II, art. 18; PA II, art. 8; Estudio del CICR sobre el derecho internacional humanitario consuetudinario (estudio sobre el DIH consuetudinario), norma 109; ver también PA I, art. 17, sobre el papel de la población civil y de las sociedades de socorro en relación con los heridos, los enfermos y los naufragos).

Protección y cuidado

Todas las partes en un conflicto armado deben proteger a los heridos y enfermos del pillaje y los malos tratos. También deben asegurarse de que se les brinde atención de salud adecuada en la medida de lo posible y con la menor demora posible (CG I, art. 15; CG II, art. 18; CG IV, art. 16; PA II, arts. 7 y 8; Estudio del DIH consuetudinario, norma 111).

Trato sin discriminación

Los heridos y los enfermos deben ser tratados sin discriminación. Si se han de hacer distinciones entre ellos, solo puede ser sobre la base de su condición médica (CG I, art. 12; CG II, art. 12; PA II, art. 7(2); Estudio sobre el DIH consuetudinario, norma 110).

PERSONAL DE SALUD

Protección y respeto

El personal de salud designado exclusivamente a funciones/fines sanitarios debe ser siempre respetado y protegido, a menos que cometa, fuera de su función humanitaria, actos perjudiciales para el enemigo (CG I, art. 24; PA I, art. 15; Estudio sobre el DIH consuetudinario, norma 28).

Cuando porte y utilice armas para defenderse o para proteger a los heridos y enfermos a su cargo, el personal no pierde la protección a la que tiene derecho (CG I, art. 22.1); CG II, art. 35(1); PA I, art. 13(2)(a)).

Los heridos y enfermos bajo su cuidado permanecen protegidos incluso si el propio personal de salud pierde su protección.

Prestación de asistencia

Las partes en un conflicto armado no pueden impedir la prestación de asistencia mediante la obstrucción del paso del personal de salud. Deben facilitar el acceso a los heridos y enfermos, y proporcionar la asistencia y protección necesarias al personal de salud(CG I, art. 15; CG II, art. 18; CG IV, art. 17; PA I, art. 15(4)).

PROFESIONALES DE LA SALUD

Atención imparcial

Ningún profesional de la salud puede ser sancionado por haber realizado actividades compatibles con la ética médica, como la prestación de atención imparcial (PA I, art. 16.1); PA II, art. 10(1); ver también CG I, art. 18, sobre el papel de la población; Estudio sobre el DIH consuetudinario , norma 26).

UNIDADES Y MEDIOS DE TRANSPORTE SANITARIOS

Unidades sanitarias

Las unidades sanitarias, como los hospitales y otras instalaciones organizadas y designadas con finalidad exclusivamente sanitaria, deben respetarse y protegerse en todas las circunstancias. Las unidades sanitarias no pueden ser atacadas ni puede impedirse su debido funcionamiento.

Las partes en un conflicto armado deben tomar medidas para proteger las unidades médicas de los ataques, como asegurarse de que no estén situadas en las proximidades de objetivos militares (CG I, art. 19; CG II, art. 22; CG IV, art. 18; PAI, art. 12; PA II, art. 11; Estudio sobre el DIH consuetudinario , norma 28).

Las unidades sanitarias pierden la protección a la que tienen derecho si son utilizadas, fuera de su función humanitaria, para cometer actos perjudiciales para el enemigo, como dar refugio a combatientes en buen estado de salud o almacenar armas. Sin embargo, esta protección solo puede suspenderse después de que se haya dado la debida advertencia en un plazo razonable y solo después de que dicha advertencia sido desoída (CG I, arts. 21 y 22; PA I, art. 13; PA II, art. 11; Estudio sobre el DIH consuetudinario, norma 28).

Transportes sanitarios

Todo medio de transporte que se destine exclusivamente al traslado de heridos y enfermos, personal y/o equipo o insumos médicos debe ser respetado y protegido de la misma manera que las unidades sanitarias. Si los transportes sanitarios caen en manos de una parte adversaria, esa parte se hace responsable de garantizar que los heridos y enfermos a su cargo sean atendidos (CG I, art. 35; CG II, arts. 38 y 39; PA I, arts. 21 a 31; PA II, art. 11; Estudio sobre el DIH consuetudinario, normas 29 y 119).

Perfidia

Por último, las partes en un conflicto armado que usan las unidades o medios de transporte sanitarios con la intención de hacer creer a las partes adversarias que están protegidos, para luego usar esos mismos medios para lanzar ataques o llevar a cabo otros actos perjudiciales para el enemigo, cometan actos de perfidia. Si dichos actos de perfidia tienen como consecuencia la muerte o lesión de individuos pertenecientes a la parte adversaria, los actos constituyen crímenes de guerra (PA I, arts. 37 y 85(3)(f); Estudio sobre el DIH consuetudinario, norma 65).

USO DE LOS EMBLEMAS DISTINTIVOS

Cuando se utiliza como dispositivo de protección, el emblema (la cruz roja, la media luna roja o el cristal rojo) es el signo visible de la protección conferida por los Convenios de Ginebra y sus Protocolos adicionales al personal, las unidades y los transportes sanitarios. Sin embargo, ningún emblema de este tipo confiere tal protección; es el hecho de que las personas u objetos cumplan los requisitos para ser calificados como personal y objetos sanitarios y el hecho de que desempeñen funciones médicas que les confieren protección (CG I, art. 38; CG II, art. 41; PA I, art. 8(l); PA II, art. 12; Protocolo Adicional III; Estudio sobre el DIH consuetudinario, norma 30).

Durante un conflicto armado, los usuarios autorizados de un emblema protector son los siguientes: personal, unidades y medios de transporte sanitarios militares; personal, unidades y medios de transporte sanitarios de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que hayan sido reconocidos por el Estado y autorizados para prestar asistencia a los servicios de salud de las fuerzas armadas; unidades sanitarias civiles certificadas por el Estado y autorizadas para exhibir el emblema; y personal de salud en territorio ocupado. El emblema empleado como dispositivo de protección debe ser lo suficientemente grande como para garantizar la visibilidad a fin de que el adversario pueda reconocer a las unidades médicas desde la distancia en el campo de batalla. Las unidades y los medios de transporte sanitarios también pueden utilizar señales distintivas (como señales luminosas y radioeléctricas) (CG I, arts. 39 a 44; CG II, arts. 42 y 43; PA I, arts. 39 a 44; PA II, art. 12).

Cuando se utiliza como dispositivo indicativo, el emblema vincula a la persona u objeto que lo exhibe con una institución del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. En este caso, el signo debe ser relativamente pequeño (CG I, art. 44).

El ataque a edificios, material, unidades y vehículos o personal sanitario que exhiben los emblemas distintivos constituye un crimen de guerra.

Uso indebido del emblema

Cualquier uso del emblema no prescripto por el DIH se considera indebido (CG I, art. 53; PA I, arts. 37, 38 y 85; PA II, art. 12; Estudio sobre el DIH consuetudinario, norma 59).