



ICRC

En el marco de la Iniciativa mundial para impulsar el compromiso político con el derecho internacional humanitario (iniciativa mundial sobre DIH), el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), España, Nigeria, Pakistán y Uruguay tienen el agrado de extender a los participantes la siguiente invitación:

LÍNEA DE TRABAJO 5

PRIMERA CONSULTA CON LOS ESTADOS RELATIVA A LOS HOSPITALES: LOGRAR UNA PROTECCIÓN EFICAZ EN LOS CONFLICTOS ARMADOS

MIÉRCOLES 28 DE MAYO DE 2025
9:00-12:00 Y 13:00-17:00 (UTC+2)
FORMATO: EN LÍNEA/PRESENCIAL

Según el Sistema de Vigilancia de Ataques contra la Atención Sanitaria de la Organización Mundial de la Salud, entre enero de 2023 y abril de 2025 más de 2.000 instalaciones de salud resultaron dañadas o destruidas, o vieron obstruidos sus servicios de salud. Muchos de estos casos se dieron en el marco de conflictos armados. Esto indica que, en lugar de gozar de una protección específica, con demasiada frecuencia los hospitales son objeto de ataques, se utilizan indebidamente con fines militares o sufren otras injerencias militares en sus funciones médicas. Las consecuencias humanitarias son a menudo trágicas: no solo la muerte de pacientes, familiares y personal de salud, sino también daños y destrucción de los propios hospitales, lo que paraliza su capacidad de funcionar en un momento en que las necesidades médicas son extremas e interrumpe los servicios de salud para la población local a largo plazo.

La protección de los heridos y enfermos ha sido uno de los principios fundamentales del DIH desde el origen de los Convenios de Ginebra en 1864. Debido a ello, y a que los hospitales y otras instalaciones sanitarias tienen una función vital, esas instalaciones gozan de una protección específica en virtud del DIH, más allá de la protección general de los bienes de carácter civil. Esto quiere decir que los hospitales deben ser respetados y protegidos en todas las circunstancias: se les debe permitir prestar servicios de salud sin interferencias en su funcionamiento, deben estar protegidos contra los ataques, y las partes en el conflicto armado deben tomar medidas activas para facilitar su funcionamiento.

Si bien esa protección nunca es absoluta, las normas del DIH se concibieron para garantizar la mayor protección posible de los servicios de salud. Esto significa que cualquier pérdida de protección de los hospitales u otras instalaciones sanitarias, si bien se tiene en cuenta la necesidad militar, solo puede ocurrir como una rara excepción, y las partes en un conflicto armado siempre deben hacer todo lo posible para preservar las funciones sanitarias de las instalaciones.

La protección específica otorgada a los hospitales solo puede perderse si se cumple una serie de condiciones acumulativas. En primer lugar, la protección solo puede cesar si se utiliza una instalación de salud para cometer un acto perjudicial para el enemigo, fuera de su función humanitaria. En segundo lugar, se debe hacer una advertencia, con un plazo razonable para poner fin a tales actos, y la protección solo puede cesar si se desoye la advertencia. Además de estas condiciones estrictas, en virtud del DIH, la pérdida de una protección específica no convierte automáticamente a una instalación de salud en un objetivo militar. De hecho, incluso cuando se cumplen las condiciones para que un hospital pierda la protección específica en virtud del DIH, la parte agresora sigue teniendo la obligación de velar por que también se cumplan las normas sobre la conducción de las hostilidades,

empezando por el principio de distinción. Por lo tanto, si una parte en el conflicto armado llega a la conclusión de que un hospital está siendo utilizado por el enemigo para cometer actos perjudiciales contra ella, esa parte debe determinar si el hospital cumple con el doble criterio para definir un objetivo militar. Solo una vez que la parte ha emitido una advertencia que fue desoída, se puede considerar la decisión extrema de una respuesta militar ante la pérdida de protección específica. Aun así, deben respetarse los principios de proporcionalidad y precauciones.

Uno de los problemas actuales para la aplicación práctica de las normas que protegen a los hospitales es que el DIH no define los "actos perjudiciales para el enemigo" ni las consecuencias de tales actos. Los Convenios de Ginebra señalan algunos actos que se reconocen expresamente como *no* perjudiciales para el enemigo, como llevar o usar armas ligeras individuales para la propia defensa o para la de los heridos y enfermos; montar una guardia armada para una instalación de salud; o atender en una instalación de salud a combatientes enfermos o heridos que han dejado de participar en las hostilidades. Por el contrario, los actos que han sido reconocidos por los Estados como perjudiciales para el enemigo incluyen el uso de un hospital como una base desde la cual lanzar un ataque; un puesto de observación; un depósito de armas; un centro de mando y control; y un refugio para combatientes sanos. En la práctica, ha habido una tendencia preocupante a considerar una gran variedad de actos como perjudiciales para el enemigo. Un problema adicional radica en la dificultad de verificar las afirmaciones de las partes en un conflicto armado de que los hospitales son utilizados por su enemigo para cometer actos perjudiciales para ellos. Tales afirmaciones rara vez van acompañadas de información sobre cómo se identificó la existencia de un acto perjudicial para el enemigo y qué proceso se utilizó para determinar las consecuencias de tales actos. Concretamente, esto ha generado una situación peligrosa en la que la excepción se está convirtiendo en la regla, y quita peso a la protección específica otorgada a los hospitales.

Un segundo problema práctico se refiere a la cuestión de la advertencia que debe darse antes de que cese la protección específica. A pesar de la rigurosidad de la obligación de emitir esa advertencia, en la actualidad no está claro si las partes en un conflicto armado las emiten sistemáticamente y, cuando lo hacen, cómo aplican la norma. Por ejemplo, no hay suficiente información sobre si las advertencias cumplen el requisito de especificidad y de qué manera, sobre la forma en que las partes en un conflicto armado adaptan el formato de esas advertencias para garantizar su accesibilidad, y sobre los parámetros que rigen el tiempo y el plazo de caducidad otorgados para poner fin a los actos perjudiciales para el enemigo. Es muy conveniente que haya más claridad sobre la aplicación práctica de este requisito y sobre lo que es necesario para que esas advertencias puedan cumplir su propósito.

Otro problema práctico es que las partes en un conflicto armado suelen emprender acciones militares en respuesta a la pérdida de protección específica de un hospital sin tomar medidas suficientes para verificar si el hospital se ha convertido en un objetivo militar. Incluso después de que una instalación sanitaria pierde su protección específica, no se convierte en un objetivo legítimo a menos que cumpla con el doble criterio para definir a un objetivo militar.

Por último, otro desafío radica en cómo deben interpretarse las normas de proporcionalidad y precauciones cuando un hospital es susceptible de ataque. Habida cuenta de las funciones vitales de los hospitales y de la presencia habitual de un gran número de personas protegidas, incluidos heridos y enfermos, personal de salud y otras personas civiles, es probable que los daños incidentales inmediatos de un ataque contra un hospital sean muy elevados. Además, en la evaluación de la proporcionalidad deben tenerse en cuenta los efectos reverberantes previsibles de un ataque, incluida la pérdida de las funciones vitales del hospital y su inoperatividad. Sin embargo, hoy en día no está claro cómo ponderan los beligerantes estos elementos al comparar los daños civiles incidentales previstos y la ventaja militar concreta y directa prevista del ataque. Tampoco está claro qué medidas adoptan las partes para reducir al mínimo los daños a los pacientes, al personal y el equipo sanitarios, de conformidad con la obligación de tomar todas las precauciones posibles en caso de ataque.

En conjunto, estos desafíos ponen de relieve la cantidad de cuestiones que quedan por resolver en la actualidad sobre lo que se requiere en la práctica para cumplir con la protección específica otorgada a los hospitales y al personal de salud y para cumplir con la obligación general de recoger y cuidar a los heridos y enfermos. Esta primera consulta con Estados tiene como objetivo arrojar luz sobre soluciones y recomendaciones prácticas que puedan ayudar a cerrar la alarmante brecha entre lo que dispone el derecho y la cruda realidad de los daños y la destrucción de los servicios de salud.

OBJETIVO

Dadas las preocupaciones jurídicas y humanitarias señaladas anteriormente en relación con la protección de los hospitales, los Estados participantes:

- podrán recibir información y opinar sobre las cuestiones debatidas durante el taller de expertos celebrado los días 26 y 27 de mayo de 2025;
- identificarán medidas para mejorar el respeto y la aplicación de las normas vigentes en materia de DIH que protegen las instalaciones de salud;

- desarrollarán un consenso sobre los conceptos principales como los actos perjudiciales para el enemigo que conducen a una pérdida de protección específica, las advertencias y la relación entre los actos perjudiciales para el enemigo y la noción de "objetivo militar";
- comprenderán cómo deben interpretarse las normas de proporcionalidad y precauciones en caso de que un hospital sea susceptible de ataque, a fin de limitar el daño causado y para que los beligerantes puedan seguir cumpliendo con su obligación de recoger y atender a heridos y enfermos.

SIGUIENTES PASOS

- Los resultados de la consulta con los Estados se volcarán en el informe general sobre los progresos alcanzados de la Iniciativa mundial sobre DIH, que se publicará en septiembre de 2025.
- Esta consulta servirá de base para los debates durante la próxima ronda de consultas con Estados y el taller de expertos.

PERFIL DE LOS PARTICIPANTES

- Todos los Estados están invitados a participar y a inscribir a dos representantes, como máximo, con amplios conocimientos sobre DIH, así como sobre protección de instalaciones de salud. Preferentemente, serán asesores jurídicos de ministerios de asuntos exteriores, defensa y salud que trabajen en la capital del país.
- Último día para inscribirse: **12 de mayo de 2025** en <https://forms.office.com/e/XTGWwZiQn9>.

PROCEDIMIENTO

- Los idiomas de trabajo serán árabe, chino, español, inglés, francés y ruso, con interpretación simultánea.
- El contenido del taller se resumirá en un informe sobre progresos alcanzados que se publicará en septiembre. Los debates quedarán grabados para facilitar la preparación del informe, pero la grabación no se publicará, y las intervenciones figurarán sin los nombres de quienes las hicieron.
- A lo largo de toda la consulta, el debate tendrá un carácter inclusivo, constructivo, no politizado y orientado a las 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.
- Al momento de preparar sus intervenciones, recomendamos tener en cuenta las preguntas orientativas que figuran a continuación.

PREGUNTAS ORIENTATIVAS

Se proporcionan las siguientes preguntas de orientación para los debates durante las consultas con Estados. Cabe señalar que se compartió una lista similar de preguntas como parte del taller de expertos. 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. Paralelamente, alentamos a todos los Estados a que compartan una respuesta por escrito con más reflexiones sobre estas preguntas antes de fines de junio de 2025 mediante un correo electrónico a gva_ihl_initiative_mailbox@icrc.org. A menos que se solicite expresamente la confidencialidad, estas declaraciones se publicarán en el sitio web del CICR.

Para facilitar la consulta, en el anexo del presente documento figura el marco jurídico del DIH relativo a la protección de los heridos y enfermos, así como a la protección del personal, las unidades y los medios de transporte sanitarios y el uso de los emblemas distintivos.

1. Uso indebido de las instalaciones de salud que da lugar a la pérdida de una protección específica

(a) Actos perjudiciales para el enemigo

En virtud del DIH, la protección específica otorgada a una instalación de salud cesa si se utiliza para cometer, fuera de su función humanitaria, actos perjudiciales para el enemigo y si no se ha prestado atención a una advertencia hecha por la parte adversaria en la que se establezca un plazo razonable para poner fin a tales actos.

- ¿Qué indicios fácticos son pertinentes para llegar a la conclusión de que una instalación de salud ha sido o está siendo utilizada para cometer actos perjudiciales para el enemigo fuera de su función humanitaria?
- ¿Hay ejemplos de la práctica militar vigente para evitar el uso de instalaciones de salud con fines militares?

- ¿Cómo podría la comunicación o la coordinación entre el personal a cargo de las instalaciones de salud y las partes en el conflicto ayudar a abordar los casos de uso indebido de los servicios de salud con fines militares, y qué forma podría adoptar esa coordinación en la práctica?
- ¿Cómo se puede garantizar que los prestadores de atención de salud estén al tanto de lo que podría conducir a una pérdida de protección específica?

(b) Sobre el requisito de advertencia

- ¿A quién debe dirigirse la advertencia y cómo puede garantizarse que sea accesible para el destinatario?
- ¿Qué factores deben tenerse en cuenta para fijar un plazo razonable para la advertencia?
- ¿Cómo puede la parte que emite una advertencia determinar que esta no es desoída y estar segura de que la instalación de salud se dedicará exclusivamente a fines médicos en lo sucesivo?

II. Relación entre los actos perjudiciales para el enemigo y la noción de "objetivo militar"

- ¿Qué factores son pertinentes para llegar a la conclusión de si una instalación de salud —al haber perdido la protección específica porque se utilizó para cometer actos perjudiciales para el enemigo y no cesó en tales actos después de una advertencia— también cumple la definición de objetivo militar del artículo 52(2) del Protocolo adicional I? (1) La instalación de salud, en las circunstancias imperantes en ese momento, debe hacer una contribución efectiva a la acción militar; y (2) debe haber una ventaja militar definida en la destrucción, captura o neutralización de la instalación.
- En tales circunstancias, ¿se considera el edificio hospitalario en su conjunto objetivo militar o se limita únicamente a la parte del hospital que se utiliza para cometer actos perjudiciales para el enemigo? ¿Qué factores influyen en esta evaluación y decisión?
- ¿Qué medidas que no sean la destrucción de las instalaciones de salud, como capturarlas o apoderarse de ellas, pueden adoptarse para poner fin al uso militar de las instalaciones y al mismo tiempo preservar su función médica? ¿Existen ciertas circunstancias en las operaciones militares que serían propicias para la adopción de tales medidas y permitir así el cumplimiento de estos dos objetivos?

III. Cuando las instalaciones de salud son susceptibles de ataque o pueden ser objeto de daños incidentales

(a) Interpretación de la norma de proporcionalidad

- Cuando una instalación de salud ha perdido su protección específica y pasa a ser objeto de ataque, ¿qué tipo de impacto, tanto directo como indirecto, se tiene en cuenta en la evaluación de la proporcionalidad?
- ¿En qué difiere la evaluación de la proporcionalidad en el caso de las instalaciones de salud del de otros bienes civiles que pueden ser objeto de ataque?
- Para que un comandante decida abstenerse de un ataque o cancele o suspenda un ataque, ¿cómo tendrían que evaluarse los elementos de la evaluación de la proporcionalidad —es decir, los daños civiles incidentales previstos y los efectos reverberantes del ataque— en relación con la ventaja militar concreta y directa prevista?

(b) Interpretación de la norma de precaución

- Al planificar las operaciones militares, ¿qué medidas pueden adoptarse para evitar y, en todo caso, reducir al mínimo los efectos indirectos en la prestación de atención de la salud, como el corte de la electricidad, del suministro de agua y de las rutas de acceso para los pacientes, los prestadores de atención de la salud y la entrega de insumos médicos?
- ¿Existen ciertos métodos y medios de ataque (por ejemplo, los ataques aéreos o el uso de armas explosivas pesadas) que deben evitarse en los ataques contra hospitales a fin de cumplir la obligación de tomar todas las precauciones posibles, incluso en la elección de los métodos y medios de guerra, para evitar o reducir al mínimo los daños incidentales a la población civil? ¿Hay ejemplos de consideraciones militares y humanitarias que puedan restringir la elección de armas?

- ¿Cuáles son los enfoques para gestionar mejor la evacuación del personal de salud y de los pacientes (incluidos los pacientes postoperatorios, los pacientes en cuidados intensivos y los que se enfrentan a riesgos específicos o con necesidades específicas) a fin de garantizar la prestación continua de la atención de salud?

PROGRAMA

28 de mayo de 2025

Hora	Punto del programa	Quién dirige el debate
09:00–9:15	Café	
09:15–9:30	Palabras de bienvenida	CICR
09:30–12:00	Uso indebido de las instalaciones de salud que conduce a la pérdida de protección específica - Actos perjudiciales para el enemigo - El requisito de advertencia	Presentación del CICR y expertos Contribuciones de los Estados
12:00–13:00	Almuerzo	
13:00–15:00	Pérdida de la protección específica - Actos perjudiciales para el enemigo y la noción de "objetivo militar"	
15:00–15:15	Pausa para té/café	
15:15–17:00	Cuando los hospitales son susceptibles de ataque o pueden ser objeto de daños incidentales Interpretación de las normas de proporcionalidad y precauciones	Presentación del CICR y expertos Contribuciones de los Estados
17:00	Cierre	

Los nombres de los oradores de las secciones de bienvenida, presentaciones y cierre se darán a conocer más adelante.

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 al cuerpo o a la 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, o 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 náufragos).

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 sobre el 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 sanitarias 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; PA I, art. 12; PA II, art. 11; Estudio sobre el DIH consuetudinario, norma 28).

Las unidades sanitarias perderán 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 haya 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 protegidas, para luego usar esos mismos medios para lanzar ataques o llevar a cabo otros actos perjudiciales para el enemigo, cometen 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, sino 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(1); 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 sanitarias 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).