



**VNiVERSIDAD  
D SALAMANCA**

**Facultad de Medicina**

**Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico**

**Aspectos éticos y legales de la asistencia sanitaria en los  
conflictos armados. Los derechos de los pacientes y los  
profesionales de la salud**

**Julián Ramón Sánchez Esteban**

**Salamanca, 2016**



**VNiVERSiDAD  
D SALAMANCA**

**Facultad de Medicina  
Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico**

**Aspectos éticos y legales de la asistencia sanitaria en los  
conflictos armados. Los derechos de los pacientes y los  
profesionales de la salud**

**Julián Ramón Sánchez Esteban**

Tesis Doctoral dirigida por:

Dr. Juan Salvat Puig

Dr. Secundino Vicente González

Salamanca, 2016



VNIVERSIDAD  
D SALAMANCA

JUAN SALVAT PUIG, Profesor Asociado del Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico de la Universidad de Salamanca, y SECUNDINO VICENTE GONZÁLEZ Profesor Contratado Doctor del Departamento de Ciencias Biomédicas y del Diagnóstico de la Universidad de Salamanca, y,

**CERTIFICAN:**

Que el presente trabajo de investigación titulado “Aspectos éticos y legales de la asistencia sanitaria en los conflictos armados. Los derechos de los pacientes y los profesionales de la salud”, ha sido realizado bajo nuestra dirección por Don Julián Ramón Sánchez Esteban, Licenciado en Derecho.

Que dicho trabajo reúne, a nuestro juicio, las condiciones necesarias de originalidad y rigor científico para que pueda ser defendido ante el tribunal correspondiente, y optar al Grado de Doctor por la Universidad de Salamanca.

Y para que conste, a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Salamanca, a catorce de diciembre de dos mil quince.

Fdo.: Juan Salvat Puig

Fdo.: Secundino Vicente González

*A mis padres, a mi esposa, a mis hijos  
y a nuestra madrina*

*“La Medicina es la más humana de las artes,  
la más artística de las ciencias  
y las más científica de las humanidades”  
(Edmund D. Pellegrino)*

## **AGRADECIMIENTOS**

La realización de esta tesis doctoral ha requerido la cooperación de muchas personas, que de una u otra forma han contribuido a que el trabajo haya visto la luz. Profesores, familia, amigos y compañeros, han estado a mi lado a lo largo de todos estos años, hasta el punto de que sin ellos no podría haber llegado a buen término. Por eso antes que nada debo expresarles a todos ellos mi agradecimiento más sincero. Y especialmente:

Al Profesor Doctor D. Juan Salvat Puig, por aceptar dirigir esta tesis doctoral y confiar en que pudiera salir adelante a pesar de las dificultades. Si su orientación ha sido clave para el desarrollo del trabajo, no ha sido menos su disposición. Siempre ha tenido la puerta abierta para resolver dudas y atender todas las cuestiones que iban surgiendo. Desde que me inicié en el mundo de la investigación ha guiado mis pasos, demostrándome que en este trabajo la amabilidad y el cariño es tan importante como el análisis crítico y el rigor científico.

Al Profesor Doctor D. Secundino Vicente González, mi otro director de tesis, por ayudarme a tener una visión más amplia de la investigación y manejar adecuadamente el método científico. Suyas son las soluciones a los principales problemas que se nos han planteado, sin las que hubiera sido imposible la realización de un trabajo de calidad. Sus certeras y adecuadas indicaciones, siempre hechas con una exquisita medida y desterrando cualquier afán de protagonismo, han tenido una importancia capital en la tesis.

Con ambos la tarea ha sido mucho más sencilla. Tanta, que no podría haber contado con mejor dirección.

Al resto de profesores y personal del Área de Conocimiento de Medicina Legal y Forense, que me han tratado en todo momento como un compañero más,

apoyándome en todo lo que he necesitado y, lo que es más importante, ofreciéndome en todo momento su amistad.

Al Profesor D. Guido Tessainer Tomasich, Director de la cátedra extraordinaria “Almirante Martín Granizo” de esta universidad, a la que me honro pertenecer, por su apoyo y ayuda. Durante todo este tiempo no ha cesado en animarme y seguir adelante. A él debo la corrección de estilo, tan impagable como su amistad.

Al Centro Superior de Estudios de la Defensa Nacional y en particular al Instituto Español de Estudios Estratégicos en el que se encuadra nuestra cátedra, nexo de unión entre la defensa y la comunidad universitaria, razón y motor de esta investigación.

A mis compañeros y amigos militares que se han prestado voluntariamente a responder a los cuestionarios, colaborando en el proyecto e instando a otros compañeros a hacerlo. En especial debo agradecer a D. Antonio Ogayar Suárez su gran dedicación con los militares no sanitarios y a D<sup>a</sup> María Isabel de Martín Celemín su apoyo con los sanitarios.

A mis amigos hispanoamericanos, que favorecieron la participación de compañeros de sus respectivos países, Mayor General Gustavo Rincón Rivera, de Colombia, Contralmirante Julio Pacheco Gaige, de Perú y Coronel Ernesto García Rivera, de El Salvador. También al Doctor D. José Castro Eguavil, de Perú. Todos ellos ayudaron a la difusión del cuestionario en sus respectivos países.

A D. Santiago González Pérez, ya en mi familia, que me ha guiado por los tortuosos caminos de la informática en momentos claves.

A mis hijas, Lourdes y Nieves, imprescindibles con el tratamiento de las encuestas. Y mis hijos Julián y Jesús, que han estado a mi lado con la traducción de textos. Unas y otros han sufrido con este trabajo, lo han vivido de cerca, y también lo han padecido en los momentos más duros.

A mis padres, que en el Cielo se sentirán orgullosos.

Y por último, por ser más importante, a mi esposa Nieves, principio, fin y razón de esta locura, sin cuya ayuda no hubiera sido posible. Su aliento en los momentos más duros ha sido fundamental. Suyo es también el sacrificio y suyo debe ser el reconocimiento, porque además del apoyo prestado, a ella le han sido robadas las innumerables horas que he dedicado al trabajo.

A todos, gracias.



# ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN .....</b>	<b>1</b>
<b>II. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS .....</b>	<b>5</b>
<b>III. CONSIDERACIONES GENERALES .....</b>	<b>8</b>
<b>IV. FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....</b>	<b>11</b>
<b>1. ÉTICA, DEONTOLOGÍA, BIOÉTICA Y DERECHO MÉDICO.....</b>	<b>12</b>
1.1. BIOÉTICA .....	17
1.2. LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA MÉDICA .....	19
1.2.2. El principio de no maleficencia .....	25
1.2.3. El principio de Justicia.....	32
1.2.4. El Principio de Autonomía .....	34
1.3. DERECHO MÉDICO .....	39
1.3.1. Relación entre Ética y Derecho .....	40
1.3.2. Contenido del Derecho Médico.....	42
1.4. LA CONQUISTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES .....	47
1.5. LOS DERECHOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD.....	53
<b>2. ÉTICA DE LOS CONFLICTOS ARMADOS .....</b>	<b>63</b>
<b>3. LA ASISTENCIA SANITARIA EN LAS GUERRAS.....</b>	<b>67</b>
42.1. ANTECEDENTES.....	67
42.2. LA CREACIÓN DE LA CRUZ ROJA Y LOS CONVENIOS DE GINEBRA .....	76
42.3. EL DESAMPARO DE LOS HERIDOS Y LA UTILIZACIÓN DE LA CIENCIA MÉDICA COMO ARMA EN LOS CONFLICTOS BÉLICOS .....	79
42.4. LA EXPERIMENTACIÓN MÉDICA Y EL GENOCIDIO EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL.....	82
42.5. LOS CONFLICTOS RECIENTES .....	88
<b>4. LA CONVENCION DE GINEBRA .....</b>	<b>92</b>
4.1. LOS CONVENIOS Y PROTOCOLOS ADICIONALES.....	95
4.1.1. I Convenio de 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña .....	95

4.1.2.	II Convenio de 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar .....	96
4.1.3.	III Convenio de 12 de agosto de 1949 sobre trato debido a los prisioneros de guerra ....	98
4.1.4.	IV Convenio de 12 de agosto de 1949 relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra .....	99
4.1.5.	Los Protocolos Adicionales .....	102
4.2.	EL ESTATUTO DE PROTECCIÓN A HERIDOS Y ENFERMOS. CATÁLOGO DE DERECHOS .....	105
4.3.	EL ESTATUTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS.....	112
<b>5.</b>	<b>LA MEDICINA MILITAR: EL EQUILIBRIO ENTRE LA OBEDIENCIA DEBIDA Y LA ÉTICA MÉDICA EN LOS CONFLICTOS ARMADOS .....</b>	<b>119</b>
<b>6.</b>	<b>EL DESPLIEGUE DE LA SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA EN CONFLICTOS ARMADOS .....</b>	<b>123</b>
6.1.	LA EXPERIENCIA DE VIETNAM .....	123
6.2.	LA NUEVA CONCEPCIÓN DEL APOYO SANITARIO EN OPERACIONES .....	125
6.2.1.	Primer Escalón .....	131
6.2.2.	Segundo Escalón .....	132
6.2.3.	Tercer Escalón.....	133
6.2.4.	Cuarto Escalón .....	134
6.2.5.	El escalonamiento en el ámbito de la OTAN.....	135
6.3.	CLASIFICACIÓN Y EVACUACIÓN DE LAS BAJAS SANITARIAS .....	137
6.3.1.	Clasificación .....	138
6.3.2.	Evacuación .....	140
<b>7.</b>	<b>LA INTERVENCIÓN DE LA CRUZ ROJA Y LAS DEMÁS ORGANIZACIONES DE SOCORRO EN SITUACIONES ACTUALES DE CONFLICTO ARMADO .....</b>	<b>143</b>
<b>V.</b>	<b>MATERIAL Y MÉTODO.....</b>	<b>151</b>
<b>1.</b>	<b>POBLACIÓN ESTUDIADA .....</b>	<b>155</b>
<b>2.</b>	<b>LA ENTREVISTA .....</b>	<b>158</b>
<b>3.</b>	<b>EL CUESTIONARIO .....</b>	<b>160</b>
3.1	DATOS DEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES.....	160
3.2	FORMACIÓN GENERAL Y EN DERECHO DE GINEBRA .....	161
3.3	GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CONVENCIÓN DE GINEBRA .....	162
3.3	EXPERIENCIA EN CAMPAÑA Y OPERACIONES INTERNAS E INTERNACIONALES.....	163
3.3	COMENTARIO FINAL .....	164

3.3	EL CUESTIONARIO DE LOS MILITARES SANITARIOS .....	164
<b>4.</b>	<b>METODOLOGÍA ESTADÍSTICA UTILIZADA.....</b>	<b>168</b>
<b>VI.</b>	<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>169</b>
<b>5.</b>	<b>ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA MUESTRA DE MILITARES NO SANITARIOS .....</b>	<b>170</b>
1.1.	DESCRIPTIVA DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES DE LA MUESTRA. .	170
1.1.1	País de origen. ....	170
1.1.2.	Ejército y Grado .....	170
1.1.3.	Tipo de relación con las FAS .....	171
1.1.4.	Cuerpo .....	172
1.1.5.	Puesto táctico .....	173
1.1.6.	Años de servicio .....	174
1.1.7.	Edad y Género. ....	176
1.2.	FORMACIÓN GENERAL Y EN DERECHO DE GINEBRA .....	178
1.2.1.	Formación básica .....	178
1.2.2.	Formación específica sobre la Convención de Ginebra .....	180
1.2.3.	Estatuto del personal sanitario en caso de conflicto armado.....	181
1.2.4.	Quiénes tienen consideración de personal sanitario.....	182
1.2.5.	Explicación de derechos y deberes del personal sanitario .....	184
1.2.6.	Explicación de derechos en caso de ser herido o enfermo.....	185
1.3.	ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DEL BLOQUE: GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CONVENCION DE GINEBRA.....	186
1.3.1.	Descriptiva de las respuestas a las cuestiones planteadas .....	187
1.3.2.	Grado de conocimiento total.....	189
1.3.3.	Diferencias en función del sexo .....	191
1.3.4.	Diferencias en función de la edad.....	193
1.3.5.	Diferencias en función de los años de servicio .....	195
1.3.6.	Diferencias en función del grado .....	195
1.3.7.	Diferencias en función de la especialidad fundamental .....	197
1.3.8.	Diferencias en función de la nacionalidad .....	199
1.3.9.	Diferencias en función del tiempo de formación .....	202
1.3.10.	Diferencias en función del tiempo de formación específica sobre Convenios de Ginebra .....	204

1.4. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DEL BLOQUE: EXPERIENCIA EN CAMPAÑA Y OPERACIONES INTERNAS E INTERNACIONALES .....	206
1.4.1. Número de operaciones en las que ha participado .....	207
1.4.2. Tipo de operaciones .....	210
1.4.3. Grado de responsabilidad ejercido .....	211
1.4.5. Revisión de las normas de los Convenios de Ginebra antes de emprender el viaje .....	213
1.4.6. Ha tratado profesionalmente con algún prisionero o detenido .....	214
1.4.7. Opina que los prisioneros o detenidos recibían asistencia sanitaria correcta.....	214
1.4.8. En su unidad existía protocolo de trato sanitario a prisioneros o detenidos .....	215
1.4.9. Dio o escuchó alguna orden sobre la forma de tratar medicamento a civiles.....	216
1.4.10. Dio o escuchó alguna orden sobre prioridad de asistencia sanitaria por jerarquía.....	217
1.4.11. En hospitales había diferencia de trato a los civiles .....	217
1.4.12. Mismos alojamientos.....	218
1.4.13. Comidas idénticas .....	219
<b>2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA MUESTRA DE MILITARES SANITARIOS .....</b>	<b>222</b>
2.4. DESCRIPTIVA DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES DE LA MUESTRA. .	222
2.4.1. País de origen.....	222
2.4.2. Edad y Género .....	223
2.4.3. Años de servicio .....	224
2.4.4. Especialidad fundamental.....	225
2.5. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DEL BLOQUE: FORMACIÓN GENERAL Y EN DERECHO DE GINEBRA.....	226
2.5.1. Formación básica .....	226
2.5.2. Formación específica sobre la Convención de Ginebra .....	227
2.5.3. Estatuto del personal sanitario en caso de conflicto armado.....	228
2.5.4. Explicación de sus derechos y deberes por su condición de personal sanitario.....	230
2.5.5. Explicación de la obligación de atención a heridos y enfermos con exclusivo criterio de urgencia médica.....	231
2.5.6. Explicación de la obligación de no clasificar a heridos y enfermos por su graduación militar o bando .....	232
2.5.7. Explicación de su derecho a no recibir órdenes sobre el trato sanitario a enfermos y heridos .....	233

2.5.8. Explicación de su obligación de no someter a personas a actos médicos no indicados por su estado de salud.....	235
<b>2.6. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DEL BLOQUE: GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CONVENCION DE GINEBRA.....</b>	<b>236</b>
1..1. Descriptiva de las respuestas a las cuestiones planteadas .....	236
1..2. Grado de conocimiento total.....	239
1..3. Diferencias en función del sexo .....	240
1..4. Diferencias en función de la edad.....	241
1..5. Diferencias en función de los años de servicio .....	243
1..6. Diferencias en función de la especialidad fundamental .....	243
1..7. Diferencias en función del tiempo de formación .....	245
1..8. Diferencias en función del tiempo de formación específica sobre Convenios de Ginebra.....	247
<b>3.3 ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DEL BLOQUE: EXPERIENCIA EN CAMPAÑA Y OPERACIONES INTERNAS E INTERNACIONALES .....</b>	<b>249</b>
1..1. Número de operaciones en las que ha participado.....	249
1..2. Destino en las operaciones .....	251
1..3. En las jornadas de ambientación previas a las operaciones, hubo alguna teórica sobre los Convenios de Ginebra .....	251
1..4. Revisión de las normas de los C.G. antes de emprender el viaje.....	252
1..5. Ha tratado profesionalmente con algún prisionero o detenido .....	253
1..6. Opinión sobre si prisioneros o detenidos recibían asistencia sanitaria correcta.....	254
1..7. En su unidad existía protocolo de trato sanitario a prisioneros o detenidos .....	254
1..8. Recibió orden sobre la forma de reconocer/tratar a prisioneros o civiles .....	255
1..9. Recibió orden sobre la forma de tratar medicamento a civiles.....	256
1..10. Recibió orden sobre prioridad de asistencia sanitaria por razón de jerarquía .....	257
1..11. En hospitales había diferencia de trato a los civiles .....	257
1..12. Alojamientos en hospital para civiles y militares.....	258
1..13. Comidas idénticas .....	259
<b>2. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS CONVENIOS DE GINEBRA, ENTRE LAS MUESTRAS DE SANITARIOS Y NO SANITARIOS.....</b>	<b>261</b>
<b>6. COMENTARIOS FINALES DE AMBOS GRUPOS .....</b>	<b>263</b>
<b>VII. CONCLUSIONES .....</b>	<b>265</b>

<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA .....</b>	<b>269</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>279</b>

## **I. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN**

Si hay algo que destaca en los conflictos armados es el horror que combatientes y afectados están obligados a soportar. En una guerra el sufrimiento es tan habitual que termina por colarse en las vidas de todos los que de forma voluntaria o forzada se ven inmersos en ella, de ahí seguramente el convencimiento general de que la guerra es la negación del Derecho. Pero esta errónea convicción que sin duda anida en las comunidades no puede, no debe, llevarnos a la conclusión de que en estos conflictos todo sirve. Ni ello es así en la conducción de las hostilidades, ni puede serlo en la atención a las víctimas, ni en la actuación de los profesionales de la salud. El Derecho Internacional ha dado respuestas claras para intentar minimizar los horrores de la guerra, protegiendo a los militares heridos y enfermos y a quienes no toman parte en las hostilidades, condenando sin ambages la crueldad innecesaria, prohibiendo las acciones militares de destrucción masiva, calificando y castigando como crímenes los excesos de autoridad y, a los efectos que nos ocupan, estableciendo mecanismos para que los damnificados de las acciones violentas reciban asistencia sanitaria en condiciones suficientes, iguales y sobre todo, dignas.

Las normas jurídicas sobre los conflictos armados permiten en cierta forma paliar la crueldad inherente a ellos. Con su concurso las guerras no se terminan pero sí se hacen más soportables física e intelectualmente, se adecuan a un comportamiento más ético y se someten a unas reglas de enfrentamiento en lo posible más racionales, lo que sin duda no las justifica ni ampara, pero si minimiza en cierta medida sus efectos.

En ese contexto se enmarca lo que podemos calificar como ética médica de los conflictos armados. Si para cualquier persona una guerra es éticamente insoportable, para los profesionales de la salud se antoja aún más irracional porque son precisamente quienes van a estar más cerca de sus primeras consecuencias. Las armas tienen cada vez más capacidad destructiva y los sanitarios tienen que minorar in situ las consecuencias más graves del desastre, las relacionadas de forma directa e inmediata con la destrucción de la vida humana. Son ellos los que tienen que atender heridos y enfermos y por tanto los



primeros que se relacionan de forma directa e inmediata con la destrucción de la vida humana. Si en su trabajo diario están acostumbrados a lidiar con el dolor, en una guerra además tienen que desenvolverse en medio del horror y, normalmente, en un entorno técnico y terapéutico extremadamente más difícil del que se da en situaciones de paz. Los médicos y demás profesionales sanitarios de las unidades militares están habituados a trabajar en situaciones extremas, en medio de la selva o del desierto pero siempre en pleno campo de batalla, y se ven obligados a realizar las más de las veces intervenciones complejas, en ocasiones bajo fuego enemigo, en unas condiciones de asepsia y con unos medios técnicos que sonrojarian a los cirujanos que trabajan en los grandes hospitales, pero consiguiendo unos resultados terapéuticos tan espectaculares que sorprenden a toda la comunidad científica.

Por otra parte y pese a que en la actualidad se da una impresión contraria, el soldado sigue siendo la primera víctima de todo conflicto armado y el primer destinatario de la asistencia sanitaria, de ahí que haya sido necesaria su estricta regulación para que quienes se ven inmersos en el conflicto tengan a su disposición todos los medios posibles para paliar su sufrimiento. Pese a los modernos equipos, los soldados siguen siendo heridos en el campo de batalla y por ende, continúan siendo los sujetos pasivos de una asistencia primaria urgente, que aunque cada vez es más sofisticada y rápida, sigue siendo imprescindible.

La guerra convencional actual puede efectivamente haber sorteado aquellos episodios tan angustiosos del pasado, en los que había muchos heridos y pocos medicamentos, cantidades ingentes de pacientes y escasísimos facultativos para tratarlos siquiera con un mínimo de dignidad. Pero eso no quiere decir que el dolor no exista, que se haya terminado. Las víctimas siguen necesitando de atención sanitaria rápida y eficaz y, sobre todo, siguen precisando que se preserven sus derechos para que nadie tenga la tentación de deshacerse de ellos.

Así de duro, así de cruel. Porque si el Derecho tiene que dar respuestas a situaciones extremas, más debe hacerlo en las guerras, en las que la tentación de no respetar la vida humana y la dignidad de la persona es continua. Y para ello no hace falta más que volver los ojos a las últimas confrontaciones armadas. Casos como el de Alepo, en que no se permitió una tregua para poner a salvo heridos, enfermos o ancianos, o como el de Kobani, en el que se ha procedido a decapitar prisioneros de guerra en presencia incluso de niños, ponen de manifiesto la necesidad de respetar los tratados internacionales, imponiendo a los contendientes su cumplimiento.

Por otra parte, el personal sanitario es sin duda el grupo más vulnerable de cualquier conflicto. De un lado, por su suprema y absoluta obligación de estar al lado del que sufre, asistiéndolo, procurando su bienestar y cuidando de que en todo momento, aún en las condiciones más extremas, sea respetada su dignidad; y de otro, por su dependencia de quienes dirigen las operaciones, que a fin de cuentas son los que tienen la obligación de poner a su disposición los medios para paliar el sufrimiento extremo que toda guerra conlleva.

Obligación y sujeción hacen en definitiva necesaria una normativa clara, adecuada y con validez universal, que se sustente en parámetros éticos sólidos, dé una respuesta a todas las necesidades y, sobre todo, que enmarque un estatuto de pacientes y profesionales que se torne inviolable y pueda aplicarse de forma uniforme y sin fisuras por todos, a todos y en todas las circunstancias, para que los unos puedan desarrollar su trabajo sin interferencias y los otros puedan recibir una asistencia sanitaria adecuada.

Lo que olvida la Épica necesariamente tiene que recordarlo la Ciencia, pues sólo así podremos estar seguros de que incluso en tiempos de guerra la Sanidad estará al lado de quienes la necesitan, aún sin poder demandarla.

## **II. HIPÓTESIS DE TRABAJO Y OBJETIVOS**

Nos planteamos dos hipótesis de trabajo:

1. Los derechos y deberes de pacientes y personal sanitario en los conflictos armados están adecuadamente recogidos y tratados en los Convenios de Ginebra.
2. El grado de conocimiento de estos derechos y deberes por el personal de las Fuerzas Armadas españolas es suficiente y su aplicación en las misiones internacionales que intervienen es correcta.

A partir de tales hipótesis, abordaremos en primer lugar el estudio de ese catálogo tan importante para la humanización de cualquier conflicto para, a continuación, investigar sobre su conocimiento y aplicación. Si se conviene que en todas las guerras la asistencia sanitaria a heridos y enfermos es incuestionable y que debe llegar a todos por igual, ya se trate de combatientes o civiles, amigos o enemigos, todos los militares en general y los profesionales de la salud con tal condición en particular, están obligados a conocer tal estatuto, respetarlo, cumplirlo y exigir su cumplimiento a superiores y subordinados, denunciando incluso sus violaciones. En el caso de militares de los Cuerpos Generales, porque los Convenios suponen una garantía para su vida, su salud y su integridad, mientras que en el de los profesionales sanitarios, porque es la única arma que podrán esgrimir para cumplir con su alta misión, quizás la única que tenga sentido en esas situaciones en las que la vida de los destinatarios de la atención sanitaria es extremadamente difícil de proteger.

De este modo, los objetivos generales que nos proponemos son:

1. Analizar el derecho aplicable en la actualidad a la Sanidad y el Estatuto de pacientes y profesionales de la salud en los conflictos armados.
2. Investigar los conocimientos que sobre la materia tienen el personal sanitario y resto de militares de las Fuerzas Armadas.

Para alcanzar estos objetivos generales, nos fijamos como sectoriales los siguientes:

- a) Analizar los fundamentos teóricos de la ética de los conflictos armados y la asistencia sanitaria en las guerras.
- b) Estudiar los Convenios Internacionales reguladores de la asistencia a heridos y enfermos en conflictos armados.
- c) Sintetizar los derechos y deberes de pacientes y profesionales de la salud en las guerras.
- d) Concretar la organización y despliegue de la Sanidad Militar en campañas y operaciones asimiladas.
- e) Estudiar el perfil sociodemográfico y profesional de los militares sanitarios y no sanitarios, participantes en conflictos armados.
- f) Analizar la formación que militares sanitarios y no sanitarios reciben sobre los Convenios de Ginebra.
- g) Investigar el grado de conocimiento que ambos grupos tienen de dicha Convención.
- h) Determinar a partir de las experiencias de los militares que han participado en campañas y operaciones internas e internacionales, cual es el grado de aplicación y respeto de los Convenios de Ginebra para la protección de heridos y enfermos.

### **III.CONSIDERACIONES GENERALES**

La razón fundamental para que los militares tengan un amplio conocimiento del contenido y alcance de los Convenios de Ginebra es que son ellos quienes finalmente van a tener en la mano su correcta aplicación. Son los militares quienes en última instancia manejan las normas de la Convención en las zonas de operaciones y para ello deben conocerlas. Por ello, es preciso saber qué formación básica han tenido los militares en la materia, si a lo largo de su vida profesional siguen ampliando sus conocimientos y como los aplican en situaciones reales.

La investigación propuesta se imbrica absolutamente en el área de la salud. La atención a heridos y enfermos de los conflictos armados es objeto de muy interesantes estudios en los campos del Derecho Internacional y la Sociología, hasta el punto de que en los últimos tiempos parece que los actores del derecho humanitario son únicamente las organizaciones de socorro y los civiles que se ven inmersos en el conflicto, y en esta línea los estudios, publicaciones, investigaciones, análisis y prospectivas son innumerables.

Pero un vistazo al estado de la cuestión deja claro que poco o muy poco se estudiado desde el área de conocimiento médico-legal, cuando la realidad es que estamos ante un problema asistencial de importantes dimensiones. Así, el Estatuto de pacientes y facultativos debe ser objeto de atención por los profesionales de la salud, del mismo modo que lo es el de los médicos y enfermos de cualquier sistema público de salud. Nadie duda que el consentimiento informado sea una cuestión médico-legal y en cambio muy pocos se plantean que lo sea la asistencia a un militar herido, cuando en realidad lo es, y muy importante. Desde este planteamiento por tanto el estudio es oportuno y está plenamente justificado.

Por otra parte, es precisamente el progreso que la asistencia sanitaria a heridos y enfermos en conflictos armados ha tenido en el último siglo, el que hace que destaquen aún más las recientes violaciones de los mandatos de los Convenios de Ginebra, que aunque cada vez más residuales, son también más conocidos por la difusión que de ello hacen los medios de comunicación. Torturas,

falta de asistencia u obstáculos a su realización, son hoy inmediatamente conocidos y repudiados por la opinión pública, que además demanda respuestas a la pregunta de si los verdaderos actores de los conflictos, los militares, conocen sus derechos y obligaciones en este campo y en general los respetan, o por el contrario los repudian como parte de su participación en las hostilidades. Es pues esta necesidad de conocer hasta donde los militares están informados sobre sus derechos como pacientes y sus obligaciones para con los demás contendientes, otra de las razones que impulsan la realización del estudio.

En cuanto a la oportunidad en la elección del momento, cabe decir que al notable esfuerzo que las Fuerzas Armadas Españolas están realizando por actualizar sus recursos sanitarios, hay que añadir el de las organizaciones de defensa por normalizar la asistencia, situación que contrasta hoy día con lo que se está viviendo en los conflictos más cercanos a nuestro entorno --los que derivan de las primaveras árabes-- que al menos sobre el papel parecen estar llevando la asistencia sanitaria en los teatros de operaciones a un retroceso palmario, unas veces por el radicalismo y ultraviolencia de los contendientes, y otras por la falta de recursos y la improvisación y desorganización de sus tropas.

De este modo, el respeto a los Convenios se está viendo resentido en los últimos tiempos, algo que no pueden compartir los ejércitos de nuestro entorno, que deben compatibilizar la firmeza de su lucha por los valores que defienden, con el respeto a las más elementales reglas de enfrentamiento, para lo que es imprescindible mantener en sus recursos humanos un nivel de formación y conocimiento adecuado de las normas convencionales. Medir por tanto ese nivel de preparación y su aplicación en los recientes conflictos es actualmente fundamental para conocer los problemas, corregir las desviaciones y reforzar la posición institucional de sometimiento al imperio del derecho internacional y sus mandatos de una asistencia sanitaria digna, suficiente y universal para todos los afectados por la guerra.



## **IV. FUNDAMENTOS TEÓRICOS**

## 1. ÉTICA, DEONTOLOGÍA, BIOÉTICA Y DERECHO MÉDICO

Cuando abordamos el estudio de las normas de una determinada materia solemos confundir los conceptos éticos con los normativos. Para diferenciarlos decimos que la ética es la convicción moral interna y la norma jurídica la respuesta interventora del Estado. Y no es exactamente así.

Según Aristóteles, el hombre no se conforma con vivir, sino que busca la felicidad. La vida no consiste sólo en sobrevivir, sino en llevar una vida plena, en vivir bien. En eso consiste la Ética, en determinar cuál es la forma de vida que da sentido a la existencia humana, en buscar el buen obrar, la virtud. La Ética en fin aparece como la clave de la mejor vida<sup>1</sup> y se dirige a la búsqueda del bien moral, que es la virtud. Podemos pues, aunque simplificando, decir que Ética y Moral caminan parejas.

Por su parte, la Deontología es una parte especializada de la Moral, que estudia la moral profesional y como tal se dedica a sentar el actuar honesto de los profesionales. Pero mientras que la Ética se refiere a la satisfacción del hombre por el buen obrar, la deontología se centra más en los deberes que tal o cual profesional debe cumplir para obrar bien, con lo que esta última es un poco más restringida. La ética es la clave de la mejor vida, mientras que la deontología es el conjunto de deberes que han de cumplirse para ejercer adecuadamente la profesión, lo que en definitiva lleva al buen obrar porque al fin y al cabo no se puede ser un buen profesional sin intentar ser buena persona. Según Aristóteles no cabe hacer el bien, al menos de manera habitual, sin procurar ser buena persona<sup>2</sup>.

Por otra parte, mientras que la ética encamina sus pasos a determinar qué conductas son las adecuadas para lograr la felicidad y buscar cómo ajustar

---

<sup>1</sup> BARRIOS MAESTRE, José M<sup>a</sup>: Analogías y diferencias entre Ética, Deontología y Bioética. En Manual de Bioética. Gloria María Tomás Garrido (Coord.). Ed. Ariel. Barcelona. Pág. 21-37.

<sup>2</sup> PALLÍ BONET, Julio: Aristóteles. Ética a Nicómaco. Gredos. Madrid.

<sup>3</sup> GRACIA, Diego: Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. Edición de José Lázaro. Tria

<sup>2</sup> PALLÍ BONET, Julio: Aristóteles. Ética a Nicómaco. Gredos. Madrid.

tales conductas a la verdad inmutable, la deontología en cambio pretende adaptar las conductas profesionales a las expectativas sociales de cada momento. Por eso la moral profesional es más cambiante que la ética. Los códigos de conducta profesional se implican en la realidad social de tal manera que están inmersos en el presente y sujetos a unas relaciones humanas cada día más globalizadas, hasta el punto de que la respuesta de la deontología llega por una parte a través de los códigos de buenas prácticas que elaboran y actualizan los colegios profesionales, por otra en base a las necesidades de los grupos sociales y por una tercera por la afinidad con las autorregulaciones de otras profesiones. Los códigos de buenas prácticas suponen la normativización del catálogo de deberes que los profesionales deben observar si quieren actuar conforme a la moral profesional elaborada en cada momento, asumida y hasta regulada por el propio colectivo.

En el caso de la ética y la deontología médicas, la incidencia social de que venimos hablando fue más significativa en el siglo XX. Si las profesiones, como actividades contrapuestas a los oficios, siempre se han definido por características morales, las sanitarias han tenido un plus de moralidad a lo largo de la historia, precisamente porque son éstas las que mayor relación tienen con el bienestar del hombre. El médico tradicionalmente ha sido depositario de la máxima ética que le obliga a conducirse como un ser bueno para llegar a ser un buen médico, y en ese contexto su trabajo se rodeaba de un plus de moralidad. Ahora bien, esta premisa clásica de que las profesiones en general y la médica en particular no se sujetaba a las normas morales ordinarias y por ello mantenía una posición de privilegio en la sociedad, cayó en el pasado siglo acuciado de una parte por los progresos científicos y su difusión, de otra por lo sucedido en la Segunda Guerra Mundial y lo descubierto en aquella época sobre la implicación del colectivo en prácticas indeseables de experimentación, y de otra en fin, por los avances sociales hacia la igualdad material de todos los hombres.

Hasta ese momento la ética médica fluctuaba en torno a la tradición hipocrática y el denominado paradigma clásico, que según Diego Gracia<sup>3</sup> asigna al profesional cinco notas características: elección, segregación, privilegio, impunidad y autoridad.

Según él, la elección deviene de que los profesionales son personas elegidas, que van a cumplir un papel preponderante en el grupo social. La segregación por su parte, consiste en que precisamente por ello los profesionales tienen que vivir como diferentes y distanciados de los demás, lo que nos lleva a la conclusión de que en cierto modo gozan de una situación de privilegio, no están sujetos a las mismas normas que los demás y disfrutan de impunidad, esto es, no son perseguibles judicialmente.

Y por último, su autoridad moral les viene de que están sujetos a una moralidad especial y superior a la común, que les exige un plus en su comportamiento, que va desde ser moralmente intachables hasta, por ejemplo, guardar secreto de lo que conocen por su profesión o estar obligados a actuar siempre en beneficio de los demás y no de uno mismo incluso cuando no van a recibir retribución.

Continúa el profesor Gracia diciendo que en el paradigma clásico la nota más característica de la moralidad del profesional es la excelencia, refiriendo el concepto no sólo al plano moral sino también a la vertiente intelectual. Un profesional excelente es el que se infunde de valores para abordar su trabajo con plena capacidad intelectual y científica, ya que sin lo uno no puede conseguirse lo otro.

En la tradición hipocrática base del paradigma clásico, la excelencia o virtud del actuar del médico es curar y prevenir las enfermedades buscando en la naturaleza, las causas y efectos y, así poder intervenir con el debido respeto a la

---

<sup>3</sup> GRACIA, Diego: Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. Edición de José Lázaro. Tria Castela. Madrid. Págs. 105-278.

teleología natural<sup>4</sup>, al fin último del hombre que es la perfección. Y para alcanzarla, el *Corpus hippocraticum* estructura el actuar del médico sobre una relación médico-paciente que hoy en día es sencillamente inconcebible. Criterios como el paternalista de actuación con el paciente, que se articula en torno a la obediencia y sumisión del último y la no sujeción del facultativo a sus deseos, que no tiene porqué tener en cuenta e incluso ni siquiera tiene obligación de escuchar, han sido ampliamente superados en los últimos tiempos, en los que ni la legislación ni el cuerpo social ve al médico como un ser superior que domina a sus pacientes. La idea aristotélica de que el enfermo no puede ni debe decidir sobre su propia enfermedad, extendida hasta nada menos que 1847 en que aparece recogida en el Código de la *American Medical Association*, ya no tiene cabida en nuestra sociedad.

Esto no quiere decir que nada de lo consignado en el Juramento sirva o que todo lo concebido por el paradigma clásico tenga que ser desechado. Algunos de sus principios son inmutables y constituirán la ética profesional en todo tiempo. Pero una importante parte de su contenido carece hoy de sentido precisamente por tratarse de catálogo de deberes de los facultativos que no encuentran justificación en los correlativos derechos de los pacientes.

Si ya el transcurso de los siglos ha modelado las notas características del paradigma como ha hecho con el resto de las relaciones humanas, ha sido en el siglo XX cuando ha caído definitivamente el posicionamiento ético de superioridad que venían manteniendo las profesiones en general y las sanitarias en particular. La vertiginosa evolución de la sociedad y el cambio de su escala de valores, su moral y su estilo de vida, han hecho aflorar nuevos sistemas y formas de actuación que han provocado la crisis del paradigma profesional. Primero, en

---

<sup>4</sup> RUIZ REY, Fernando: Calidad de vida en medicina: Problemas conceptuales y consideraciones éticas. II. Una mirada a la ética. Juramento Hipocrático Raleigh. Psicología. Com. Revista internacional on line. 2007. N° 11. vol 2.

mayo del 68 fue la clase política. Más tarde fueron los militares y religiosos y finalmente, hacia los 70 del pasado siglo, le llegó el turno a la profesión médica<sup>5</sup>.

Los terribles sucesos del nazismo, la aparición de la bioética y los códigos deontológicos, terminaron junto a los avances científicos por marcar un nuevo camino a la ética médica, en el que los principios tradicionales de beneficencia y no maledicencia están de una parte adquiriendo una connotación muy diferente a la que tenían, y de otra cediendo su prevalencia a los de autonomía y justicia. El paradigma actual no discute la necesidad de que los profesionales ostenten y manejen enormes poderes, puesto que si se les quitaran tales prerrogativas, la vida social se desestructuraría, perdería consistencia<sup>6</sup>. Lo que pone en cuestión es el modo de gestionarlos. Hacen falta pues nuevas normas que encuadren las profesiones en general y la medicina en particular, que pasen por los dos niveles o cotas de la vida moral de las personas, que son el nivel público que establece una ética de mínimos y el nivel privado o de la ética de máximos<sup>7</sup>.

La ética de mínimos viene dada por los principios de maleficencia y justicia, que en el plano de salud se equipararía a una salud de mínimos que el Estado tiene que garantizar a todos sus ciudadanos, mientras que la de máximos se sustenta por los principios de autonomía y beneficencia y en el plano de la salud es una prerrogativa individual que puede y debe definir el sujeto<sup>8</sup>.

Estamos pues ante la construcción de una nueva ética médica, que sin renunciar a determinados aspectos de la hipocrática tradicional, se construya al dictado de criterios civiles, laicos y que además sea universal, racional, autónoma, pluralista, deliberativa, participativa, y basada en la responsabilidad<sup>9</sup>. Se trata en definitiva de adecuar la conducta profesional a las expectativas sociales sin renunciar a los principios inmutables que subyacen en el viejo paradigma. Y ese es el reto que tiene ante sí la deontología en el siglo XXI: conciliar los principios

---

<sup>5</sup> LOPEZ MARTÍN, Sixto: *Ética y Deontología Médica*. Marbán. Págs. 320-326.

<sup>6</sup> Opus cit. Pág. 274.

<sup>7</sup> Opus cit. Pág. 275.

<sup>8</sup> Opus cit. Pág. 328.

<sup>9</sup> Opus cit. Pág. 329.

éticos del ejercicio de las profesiones sanitarias con los derechos de los destinatarios de sus servicios. En este sentido, la Organización Médica Colegial de España está haciendo grandes esfuerzos por difundir entre el colectivo la necesidad de ejercer la profesión médica con la inspiración y el referente que devienen de los valores éticos y humanísticos. Así, en el Preámbulo del documento "Los valores de la Medicina en el siglo XXI", preconiza el retorno al humanismo en la medicina, afirmando que los avances técnicos y la burocracia están alejando al médico del paciente. Según el documento, los constantes avances tecnológicos y la masificación de la asistencia sanitaria están afectando a la relación médico-paciente en donde cada vez hay menos tiempo para abordar los aspectos psicológicos, culturales y sociales de cada paciente en particular, limitándose la mayor parte de las veces a estudiar e interpretar los exámenes que proporcionan las máquinas o los laboratorios clínicos<sup>10</sup>.

Se hace pues imprescindible según el Dr. Sigüero revertir esta situación y en ello quiere participar la organización médica colegial, que considera vital la autorregulación que emana de su Código Deontológico de 2011, al que considera un auténtico cuerpo de doctrina que debe servir a los profesionales en ejercicio e incluso estudiantes de Medicina, para que tengan un conocimiento suficiente de la ética y deontología médicas<sup>11</sup>.

### 1.1. BIOÉTICA

Paralelamente al desarrollo conceptual de la nueva ética médica ha ido construyéndose toda una doctrina ética en torno a un relativamente nuevo concepto, el de bioética.

---

<sup>10</sup> SIGÜERO ZURDO, Isacio: Preámbulo al libro "Los valores de la medicina en el siglo XXI" (coordinador Marcos Gómez Sancho). Organización Médica Colegial de España. Pág. 3.

<sup>11</sup> RODRIGUEZ SENDÍN, Juan José: Presentación del manual de Ética y Deontología Médica. Coordinador Joan Monés Xiol. Organización Médica Colegial de España. Pág. 9.

El término fue utilizado por primera vez por Potter en 1970<sup>12</sup> para aludir a los problemas que el desarrollo de la tecnología plantea a un mundo en plena crisis de valores. Llamaba así a superar la actual ruptura entre Ciencia y Tecnología de una parte y Humanidades de otra. Esta fisura hunde sus raíces en la asimetría existente entre el enorme desarrollo tecnológico actual, que otorga al hombre el poder de manipular la intimidad del ser humano y alterar el medio, y la ausencia de un aumento correlativo en su sentido de responsabilidad, por el que habría de obligarse a sí mismo a orientar este nuevo poder en beneficio del propio hombre y de su entorno natural.

La bioética surge por tanto según Potter, como un intento de establecer un puente entre la ciencia experimental y las humanidades. De ella se espera una formulación de principios que permita afrontar con responsabilidad las posibilidades enormes que hoy nos ofrece la tecnología.

¿Pero acaso esta nueva disciplina viene a sustituir a la ética médica como disciplina que hasta hace poco ha venido guiando al profesional de la salud? En absoluto. La ética médica permanece como elemento rector y a la vez parte principal de la bioética. Si como dice Reich la bioética es el estudio sistemático de la conducta humana en el ámbito de las ciencias de la vida y del cuidado de la salud, analizada a la luz de los valores y principios morales, la ética médica no debe considerarse por tanto sólo una parte de la bioética, sino que goza de especial relevancia en el conjunto de la nueva disciplina. Por la riqueza de su tradición científica y humana, ausente en el resto de la bioética, posee un especial valor que no puede ser ignorado.

La pretensión pues de construir una ética nueva que rompa con la tradicional carece de fundamento. Ciertamente la bioética afronta problemas nuevos, pero cuenta con los mismos medios de siempre para resolverlos, que son

---

<sup>12</sup> POTTER, Van Rensselaer: Bioethics: La ciencia de la supervivencia, Revista "Perspectives in Biology and Medicine". 1970.



el uso juicioso de la razón y la luz de los valores y principios coherentes con la específica forma de ser del hombre. No puede ser de otra forma.

Por otra parte, la bioética aparece para ocuparse del estudio de los problemas creados por el progreso biomédico y su repercusión en la sociedad. David Roy la define como mecanismos de coordinación e instrumento de reflexión para orientar el saber biomédico y tecnológico en función de una protección cada vez más responsable de la vida humana<sup>13</sup>.

Y como quiera que en el proceso tecnológico médico se han involucrado en los últimos tiempos otras disciplinas cada vez más especializadas e interconectadas como la genética, la biotecnología, la biomedicina o incluso la ingeniería biomédica, el nuevo concepto va más allá que la ética médica y se refiere más bien a la ética de la vida biológica, dándole un enfoque secular, interdisciplinar y global, que permite extender su ámbito de aplicación a esas otras ciencias de la vida que sin duda precisan de un entorno deontológico común con el sanitario, de ahí que juristas, pensadores e incluso teólogos vuelvan sus ojos a esta nueva rama de la ética para poner un mayor acento en la valoración de los nuevos problemas que plantea la nueva medicina y la nueva biología<sup>14</sup>.

## 1.2. LOS PRINCIPIOS DE LA ÉTICA MÉDICA

En el art. 1 de su Código de Deontología Médica, la organización médica colegial define la deontología médica como el conjunto de principios y reglas éticas que han de inspirar y guiar la conducta profesional del médico<sup>15</sup>, aludiendo así a los principios que inspiran la ética médica, que según Muñoz Garrido son el

---

<sup>13</sup> ROY, David: La Bioéthique. Une responsabilité nouvelle pour le contrôle d'un nouveau pouvoir, Revista Relations Vol 36 n° 420 (1976). Pág. 310.

<sup>14</sup> ABEL, Francesc S.J.: Bioética: un nuevo concepto y una nueva responsabilidad. Revista Selecciones de Bioética 2002. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá. Pág. 29.

<sup>15</sup> MONÉS XIOL, Joan (Coordinador): Manual de Ética y Deontología Médica 2012. Organización Médica Colegial de España. Pág. 22.

conjunto de elementos que ayudan a discurrir racionalmente, es decir, los principios que nos ayudan a discurrir éticamente.

Esta ética de los principios o principialismo surgió en Estados Unidos hacia el año 1974, cuando se creó la *National Commission for the protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Sciences*, comisión que trataba de elaborar una guía acerca de los criterios éticos que debían guiar a la investigación con seres humanos y que en 1978 publicó el llamado informe Belmont, que en un principio tenía como objeto la protección de los seres humanos empleados en tareas de investigación. El informe en cuestión proclama tres principios básicos que son respeto a las personas, beneficencia y justicia, afirmando además que con la expresión “principios éticos básicos” se alude a aquellos criterios generales que sirven como base para justificar muchos de los preceptos éticos y valoraciones particulares de las acciones humanas.

Al año siguiente Beauchamp y Childress, publicaron su libro “Principios de ética biomédica”, que es considerado el texto más influyente del movimiento bioético. En su segunda parte se enumeran los cuatro principios que los autores – y con ellos toda la comunidad científica— consideran fundamentales en la ética médica y la bioética y que son beneficencia, no maleficencia, respeto a la autonomía y justicia, que tienen que orientar moralmente las decisiones y que se tienen que aplicar a situaciones médicas concretas, en vista a identificar, analizar y resolver los conflictos éticos que se plantean. Con su aplicación los autores entienden que se dan cumplidas respuestas a los problemas que plantea el desarrollo y la aplicación de las ciencias de la salud, y además es una guía contrastada para ayudar a los profesionales sanitarios a establecer con sus pacientes una relación ética correcta<sup>16</sup>.

---

<sup>16</sup> MIR TUBAU, Joan y BUSQUETS ALIBER, Ester: Comentario del libro Principios de Ética Biomédica, de Beauchamp y Childress. Revista Bioètica & Debat. Volumen 17, núm 64. Sep-Oct 2011. Pág. 3.

### 1.2.1. El principio de beneficencia

Dice López Martín<sup>17</sup>, que este principio es la ley suprema de la medicina y consiste en la obligación de los profesionales de la salud de obrar en función del mayor beneficio posible para el paciente y procurar el bienestar de la persona enferma. Aliviar el daño, hacer el bien y ayudar a los enfermos por encima de los intereses particulares, son por tanto los objetivos primarios que todo profesional de la medicina debe fijarse en su día a día, lo que necesariamente conlleva una concreta forma de dirigirse en el ejercicio de la profesión, en la que la atención al paciente debe primar por encima de cualquier otra consideración, una atención que debe ser digna, respetuosa y adecuada a su estado de salud.

Obrar con arreglo a este principio significa actuar en beneficio del paciente, cumplir con la obligación de procurar en todo momento su sanación, no causarle ningún daño y aliviar su sufrimiento, brindarle en definitiva un servicio de calidad que redunde en el mayor beneficio para su salud.

Ahora bien, hacer el bien no significa ni hacer caridad ni siquiera dar cariño. López Martín describe perfectamente la diferencia cuando afirma que el principio de beneficencia no obliga al médico a ser amable, cariñoso o querer a los enfermos, porque es un aspecto muy personal de la atención y como tal muy subjetiva, que normalmente va aparejada y se compensa con vocación<sup>18</sup>. Hacer el bien significa actuar como mejor le convenga al paciente y a la salud de la sociedad, algo que como se comprende no está directamente relacionado con el mejor trato personal. Precisamente la relación entre médico y enfermo está sufriendo en la actualidad una profunda transformación que va pareja a la que está viviendo toda la sociedad, que hace que el facultativo ocupe el espacio del prestador de un servicio y el paciente el del usuario del mismo, con todas sus ventajas e inconvenientes, pues esa relación prestador-consumidor a la que poco

---

<sup>17</sup> LÓPEZ MARTÍN, Sixto: *Ética y Deontología Médica Ética de los problemas en atención primaria en la provincia de Toledo*. Repositorio USAL. Pág. 37.

<sup>18</sup> Opus cit. Pág. 38.

a poco se va tendiendo desnaturaliza el vínculo sanitario-paciente privándole del humanismo que debe presidir tal relación.

Sea como fuere, este principio se vincula con la norma moral que exige promover siempre el bien y debe dirigirse en todo momento a garantizar la salud de la sociedad, por lo que no debe centrarse únicamente en curar o en restablecer la salud, sino también en prevenir, educar y mantener la salud colectiva, siendo por tanto informador de la actuación no sólo profesionales sanitarios, sino también de docentes, investigadores y hasta gestores de salud.

Por otra parte, el principio de beneficencia encuentra su límite en la máxima de no causar daño a nadie, a menos que tal perjuicio esté intrínsecamente unido al beneficio a alcanzar<sup>19</sup>. La cuestión estriba lógicamente en la capacidad del facultativo para deslindar y gradar daño y beneficio, porque el problema radica en que lo que para unos supone un mayor beneficio, para otros en cambio lo que se pierde no justifica el provecho que se obtiene. Es la clásica visión del vaso medio lleno o medio vacío, que nos lleva inexorablemente a la intervención paternalista del médico y con ello al paternalismo o abuso del principio de beneficencia.

El principio de beneficencia data de la tradición hipocrática que lo establecía desde una concepción paternalista que no se ha cuestionado prácticamente hasta nuestros días. Desde Hipócrates hasta bien entrados los años 1960 en U.S.A., y los 80 en España, la medicina se ejercía en beneficio del enfermo pero su consentimiento era irrelevante, al enfermo se le había expropiado su capacidad de decidir, no sólo cuando estaba enfermo, sino también sano en relación a todas las medidas preventivas<sup>20</sup>. Pero aún hoy puede hablarse de paternalismo en sentido estricto, y se presenta cuando el profesional médico aplica sus conocimientos, técnicas y tratamientos sin tener en cuenta las

---

<sup>19</sup> FERRO María, MOLINA, Luzcarían y RODRÍGUEZ, William A: La Bioética y sus principios. Acta odontológica venezolana. Volumen 47-2. 2009.

<sup>20</sup> FERRER GELABER, Sandra: Del paternalismo a la autonomía, reflexiones. En hppt: Médicos y pacientes.com. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. N° 1720 de 21 de Enero de 2015.

decisiones y los deseos del paciente, algo que por otra parte debería haberse superado con el consentimiento informado.

Ciertamente la relación médico-paciente es desigual, puesto que el médico posee conocimiento, formación y preparación sobre algo que el paciente desconoce. El vínculo que se establece entre ambos no se posiciona de partida en un plano de igualdad, siendo muy frecuente que el médico, en una interpretación inadecuada y hasta abusiva del principio de beneficencia, adopte una actitud paternalista. Y por lo mismo, también es habitual que sean los propios pacientes los que busquen y alienten la intervención paternalista del profesional<sup>21</sup>.

El paternalismo así considerado es pues una mezcla de beneficencia y poder, que en principio puede ser interpretada como positiva, ya que su fin último es la búsqueda del bienestar del paciente<sup>22</sup>. Sin embargo, no puede negársele una vertiente negativa porque ese poder en ciertos casos llega a anular los deseos que pueda tener el paciente.

El supuesto ejercicio de paternalismo debe analizarse, pues teniendo en cuenta las circunstancias concretas en las que se presenta el dilema. En principio es preferible hoy en día optar por una beneficencia no paternalista, que intente hacer el bien y ayudar al paciente teniendo en cuenta sus deseos y necesidades. Es decir, que se puede pensar en una beneficencia que tiene en cuenta el expreso consentimiento del paciente. Asimismo, cuando el consentimiento es imposible por diversos motivos (por ejemplo, en el caso de niños o deficientes mentales), la obligación moral de la beneficencia impone hacer el bien y buscar siempre el beneficio del paciente. En este sentido Pellegrino y Thomasma han reivindicado el principio de beneficencia, pretendiendo ofrecer una alternativa a la polaridad entre los modelos de autonomía y paternalismo médico, y proponiendo como modelo una “beneficencia fiduciaria”, basada en el valor de la confianza

---

<sup>21</sup> LOPEZ MARTÍN, Sixto: *Ética y Deontología Médica* Ética de los problemas en atención primaria en la provincia de Toledo. Repositorio USAL. Pág. 40.

<sup>22</sup> GRACIA, Diego: *Fundamentos de Bioética*. Pág. 99.

como elemento-guía de la relación clínica<sup>23</sup> según la cual los pacientes buscan a los médicos cuando algún síntoma adverso amenaza su salud, produciéndose un acto de confianza en el médico y la organización sanitaria que prolonga la relación personal profesional-paciente por medio de la cual el segundo se apoya en el primero confiándole su sanación y construyendo una relación desigual y asimétrica por la que se delega en el médico toda decisión terapéutica. De esta forma se acepta un cierto grado de desigualdad entre las partes aunque salvando el principio de autonomía<sup>24</sup>.

Estas tesis han sido igualmente formuladas en nuestro país por diversos autores entre los que destaca Camps, que distingue entre paternalismo justo e injusto, entendiendo que el primero busca el bien ajeno, mientras que el segundo busca el propio bien aprovechándose de las concretas situaciones<sup>25</sup>, o Seoane, que abundando en el tema afirma que en el ámbito asistencial ya no cabe, como en épocas pasadas, una confianza absoluta e incondicionada ni tampoco una confianza global. La confianza del paciente en el profesional asistencial no es según él un dato exacto o un prerequisite asegurado en la relación clínica, sino que tiene que ser promovida por ambas partes: el paciente o usuario ha de desearla y el profesional asistencial ha de conquistarla y merecerla con su actuación profesional<sup>26</sup>.

Luego en definitiva, el paternalismo clásico ha dado paso a una especie de paternalismo consentido en el que el paciente puede ceder voluntariamente su capacidad de consentir al médico en base a la confianza que tanto el sistema como el propio facultativo le inspira, con lo que puede decirse que la gran diferencia del concepto de beneficencia actual con la definición antigua, es que ahora la beneficencia implica autonomía individual: “No puede haber beneficencia

---

<sup>23</sup> CASADO DA ROCHA, Antonio: Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial. Plaza y Valdés. Pág. 137.

<sup>24</sup> PELLEGRINO, Edmundo. “Ethics and the Moral Center of the Medical Enterprise”. Bulletin of the New York Academy of Medicine. Núm 54, 1978. Págs. 625-40.

<sup>25</sup> CAMPS, Victoria: Paternalismo y bien común. Cuadernos de Filosofía del derecho. Nº 5. 1988. Doxa. Págs. 195-197.

<sup>26</sup> SEOANE, José Antonio: La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. Revista Derecho y Salud. Vol 16, extra 1. 2008. Págs. 1-28.

si el paciente no la percibe como beneficente” y si no se respeta la beneficencia general de la sociedad<sup>27</sup>.

### 1.2.2. El principio de no maleficencia

El término maleficencia deriva de los vocablos latinos *malum* (mal) y *facere* (hacer). Con el no privativo anterior al término se indica la negación a hacer el mal, o lo que es lo mismo, con el adagio latino *malum vitandum*, de evitar el mal<sup>28</sup>.

El principio se vincula a la tradición hipocrática, aunque lo cierto es que no aparece de forma literal en el Corpus, en el que se dice que “utilizaré el tratamiento para ayudar a los enfermos según mis capacidades y mi juicio, pero nunca lo utilizaré para dañarlos, del modo que sea”.

Es con el de beneficencia el más antiguo de los principios éticos, aunque son Beauchamp y Childress los primeros que otorgan al principio de no maleficencia autonomía propia, considerándolo un principio que obligaba siempre, salvo en aquellas situaciones en las que entre en conflicto con otro principio. Para ellos pues, no es un principio absoluto<sup>29</sup>.

No piensan lo mismo otros autores, que opinan que hay que dar prioridad a no hacer daño por encima de cualquier otra consideración. Muñoz Garrido entiende que incluso está por encima del deber de hacer el bien. Por su parte López Martín afirma que la obligación de no hacer daño intencionadamente al enfermo debe cumplirse incluso aunque el propio paciente lo pida<sup>30</sup>.

---

<sup>27</sup> THOMPSON GARCÍA, Julia: Los principios de la ética biomédica. Sociedad Colombiana de Pediatría. Fascículo Precop. Módulo 4. 2006.

<sup>28</sup> POSTIGO SOLANA, Elena: Diccionario de Bioética. (Dir. Carlos Simón Vázquez). Montecarmelo. Pág. 108-117.

<sup>29</sup> BEAUCHAMPS, Tom y CHILDRESS, James: Principios de Ética Biomédica. Pág. 179.

<sup>30</sup> LÓPEZ MARTÍN, Sixto: Ética y Deontología Médica Ética de los problemas en atención primaria en la provincia de Toledo. Repositorio USAL. Pág. 43.

Con estas premisas, en la actualidad el debate sobre el contenido del principio es muy intenso. No es precisamente fácil ni pacífico determinar en qué consiste no hacer daño porque en su concreción influyen decisivamente ideología y religión. Cuestiones tan importantes como el derecho a la vida y a la denominada buena muerte se encuentran en el centro de la controversia y afectan sin duda a la no maleficencia. Y es que determinar donde empieza la obligación de no dañar y donde termina la autonomía del paciente es muy difícil y coloca al profesional en el centro de una decisión que aunque normalmente impone la legislación, en muchos casos se mueve en una delgada línea que separa lo legalmente admisible de lo moralmente insoportable. En la mayor parte la acción terapéutica conlleva ciertos riesgos que se quiera o no es necesario asumir para lograr la curación. Si ya cualquier intervención quirúrgica por mínima que sea, supone asumir los riesgos que le son inherentes, por ejemplo la anestesia o la posibilidad de infección, cualquier tratamiento farmacológico puede desencadenar efectos secundarios más o menos perniciosos, con lo cual es muy raro que la aplicación de la medicina al paciente no precise poner en la balanza riesgos y beneficios. De este modo, considerar el principio de no maleficencia como algo absoluto acabaría con la medicina, de ahí que lo más sensato sea aplicar la doctrina ética del doble efecto y tomar la decisión en función de la proporción daño/beneficio que el acto médico conlleva<sup>31</sup>.

Precisamente la controversia sobre no maleficencia se hace más incisiva tanto en el inicio como en el fin de la vida. Aborto y eutanasia están en el centro del debate y se relacionan íntimamente con este principio, por cuanto que son los profesionales de la salud los que casi siempre se ven envueltos en tales prácticas. El dilema sobre matar o dejar morir o incluso sobre la consideración del feto como ser humano, afecta directamente a la legitimidad del acto médico y por tanto a la obligación de no causar daño, del *primun non nocere* hipocrático.

Sobre el aborto la doctrina está radicalmente dividida entre quienes opinan que su práctica vulnera el principio de no maleficencia y quienes no lo

---

<sup>31</sup> Opus cit. Pág. 45.



creen así. Suele distinguirse entre el aborto terapéutico, el ético o humanitario, el eugenésico y el socioeconómico<sup>32</sup>, adoptándose por lo general posiciones distintas ante cada uno de ellos, y siendo los autores por lo general más permisivos en los tres primeros casos que en el tercero. Las posiciones ante el dilema por lo general tienen que ver con la primacía que unos dan el principio de autonomía y otros al de no maleficencia. En cualquier caso el tema tiene, como hemos dicho, fuertes connotaciones ideológicas y religiosas. No es objeto de este trabajo analizar las distintas posiciones ni acercarse a un estudio crítico del problema, por lo que sólo lo dejamos apuntado.

Sí ha de serlo en cambio la eutanasia, precisamente porque en los conflictos armados pueden llegar a producirse muchas situaciones límite, en las que cualquier profesional de la salud tenga que plantearse el dilema.

El concepto de eutanasia, como muerte tranquila y sin dolor, como buena muerte, viene de la antigua Roma, aunque con el correr del tiempo ha sufrido una evolución en cuanto a su significado y contexto. Muñoz Garrido la define como una conducta propia o ajena, solicitada o ignorada, que origina la muerte de persona portadora de grave o incurable minusvalía, enfermedad o deterioro corporal, para terminar con el dolor insoportable o porque se estima que ello no hace posible la pervivencia en condiciones humanas<sup>33</sup>.

Tan completa definición fue expuesta por Muñoz Garrido en la Comisión Especial de Estudios sobre la Eutanasia del Senado. En su comparecencia en la sesión del jueves 8 de abril de 1999, que tituló “Algunas Consideraciones Éticas, Jurídicas y Médicas sobre Eutanasia”<sup>34</sup>, reflejó su pensamiento sobre el particular. Para él no puede confundirse la eutanasia con la denominada eutanasia pura, la eutanasia larvada, la ortotanasia y la eutanasia eugénico-económica.

---

<sup>32</sup> GAFO, Javier: Aborto, 10 palabras claves en bioética. Verbo Divino. Págs. 44-46.

<sup>33</sup> MUÑOZ GARRIDO, Rafael: Eutanasia. Aspectos legales. Sal Terrea. Revista de teología pastoral. 2001. Pág. 551.

<sup>34</sup> MUÑOZ GARRIDO, Rafael: Comparecencia ante la comisión especial de estudios sobre la eutanasia. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Diario de Sesiones del Senado. VI Legislatura. Comisiones. Núm 414. Pág. 2.

La eutanasia pura es según Muñoz Garrido, la asistencia médica que busca el alivio del dolor sin acortamiento de la vida del paciente y que por tanto consiste en un acto médico sin significación jurídico-penal porque en él falta el elemento esencial, el acto de matar.

La eutanasia larvada consiste en la aplicación, con consentimiento del enfermo, de tratamientos encaminados a mitigar el dolor aunque puedan tener efectos secundarios o incluso anticipar la muerte ya de por sí próxima o inminente. En este caso el objetivo del facultativo es aliviar el sufrimiento, aunque ello sea a costa del acortamiento de la vida que, no olvidemos, ya de por sí tiene muy poca expectativa. Como Muñoz Garrido creemos que esta práctica no debe tener repercusiones penales, ya que el tratamiento con opiáceos tiene como objeto mitigar el dolor y no está demostrado que acorte la vida. Y es que como dijo en su comparecencia en el Senado, el tratamiento con morfínicos no constituye exceso de riesgo tolerable, sino práctica médica correcta<sup>35</sup>.

La ortotanasia, o dejar morir en paz, consiste en la retirada de todo remedio terapéutico porque la prolongación de la vida del enfermo, abocado ya a la muerte, es irrazonable y desproporcionada. Para Muñoz Garrido supone la antítesis de la obstinación terapéutica y no puede confundirse con las conductas eutanásicas que se realizan mediante comisión por omisión. En la comparecencia citada aclaró que no aplicar o suspender cuidados médicos puede ser unas veces eutanasia, por cuanto mediante una conducta omisiva se mata deliberadamente al enfermo, mientras que en otras ocasiones es el modo correcto de no someter al enfermo incurable y terminal a tratamientos médicos ya ineficaces. El criterio diferenciador pues vuelve a ser el acto de matar.

En definitiva, la ortotanasia tiene relación directa con el derecho del enfermo a morir dignamente.

---

<sup>35</sup> Opus cit. Pág. 3.

Por último la eutanasia eugénico-económica alude a conductas destinadas a eliminar seres humanos sanos o enfermos por simples móviles de carácter eugenésico u económico, y que constituyen delito en cualquier caso.

Sentado pues qué prácticas no están comprendidas en el concepto de eutanasia, habremos de concretar ahora precisamente cuáles se comprenden en él. Si la definición de Muñoz Garrido ya citada es suficientemente descriptiva, no lo es menos la que la Asociación Médica Mundial (AMM) desarrolla en relación con la participación del médico en la misma. Dice la AMM que “la eutanasia, es decir, el acto deliberado de poner fin a la vida de un paciente, aunque sea por voluntad propia o a petición de sus familiares, es contraria a la ética. Ello no impide al médico respetar el deseo del paciente de dejar que el proceso natural de la muerte siga su curso en la fase terminal de su enfermedad”<sup>36</sup>.

Junto a la eutanasia, aunque con plena distinción de ella, se coloca la ayuda al suicidio, entendida como la acción de proporcionar en forma intencional y con conocimiento a una persona los medios o procedimientos o ambos necesarios para suicidarse, incluidos el asesoramiento sobre dosis letales de medicamentos, la prescripción de dichos medicamentos letales o su suministro<sup>37</sup>.

Dicho esto, en ambos casos las peticiones de los pacientes se producen porque el dolor o el sufrimiento se consideran tan insoportables que los afectados prefieren morir que continuar viviendo con ello. Y ante tal situación, son muchos los que consideran que su derecho a morir incluye el derecho a tener ayuda para morir, el derecho a la asistencia sanitaria para bien morir cuando ellos lo demanden. Ahora bien, la mayor parte de los códigos de ética médica prohíben a los facultativos participar de tales prácticas<sup>38</sup>.

---

<sup>36</sup> ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL: Manual de Ética Médica 2009. AMM. Pág. 59.

<sup>37</sup> Opus cit. Pág. 57.

<sup>38</sup> Opus cit. Pág. 58.

La Organización Médica Colegial de España lo refrenda y refuerza al establecer en el art. 36.1 de su Código de Deontología Médica que “El médico tiene el deber de intentar la curación o mejoría del paciente siempre que sea posible. Cuando ya no lo sea, permanece la obligación de aplicar las medidas adecuadas para conseguir su bienestar, aun cuando de ello pudiera derivarse un acortamiento de la vida, contando con el consentimiento del paciente”. Y continúa en el apartado 3 diciendo que “el médico nunca provocará intencionadamente la muerte de ningún paciente, ni siquiera en caso de petición expresa por parte de éste”.

Mas esta consideración ética --los Códigos de Deontología no son normas jurídicas-- no puede llevarnos a la conclusión de que se debe mantener la vida a toda costa. La obligación de atención no justifica en modo alguno el encarnizamiento terapéutico, que no es más que la insistencia en aplicar un tratamiento que se ha demostrado inútil o ineficaz, con la sola intención de mantener al paciente con vida a toda costa. A este respecto el Código de Deontología da una respuesta clara en el número 2 del artículo 36 tantas veces citado cuando dice que “El médico no deberá emprender o continuar acciones diagnósticas o terapéuticas sin esperanza de beneficios para el enfermo, inútiles u obstinadas. Ha de tener en cuenta la voluntad explícita del paciente a rechazar dicho tratamiento para prolongar su vida.

Cuando su estado no le permita tomar decisiones, tendrá en consideración y valorará las indicaciones anteriormente hechas y la opinión de las personas vinculadas responsables”. Y es que como dijo Muñoz Garrido en su comparecencia en el Senado, la ética médica impone al médico el deber deontológico de reconocer que la actuación médica tiene límites y que el abuso tecnológico causa en el paciente y entre sus familiares sufrimiento, humillación e indignidad. El respeto por la vida terminal forma parte del mínimo ético que define

el núcleo de la profesión médica<sup>39</sup>. La frase no ha perdido vigencia a pesar del tiempo transcurrido.

En todo caso, el rechazo de la eutanasia y la ayuda para suicidios que defienden sin ambages las organizaciones médicas colegiales no significa que el médico no pueda hacer nada por un paciente terminal. En los últimos años, se han logrado importantes avances en los tratamientos paliativos para aliviar el dolor y el sufrimiento. La medicina paliativa cumple y respeta las condiciones de dignidad de la persona humana en un paciente con una enfermedad terminal, proporcionándole unos cuidados paliativos que pueden ser definidos como un cuidado total y continuado del paciente y su familia por un equipo multiprofesional cuando la expectativa médica ya no es la curación.

En tales casos los médicos no deben abandonar a los pacientes moribundos, sino que deben continuar la entrega de una atención compasionada, incluso cuando ya no es posible su curación<sup>40</sup>. Su objetivo primario no es pues prolongar la supervivencia, sino conseguir la más alta calidad de vida presente para el paciente y su familia. Debe cubrir las necesidades físicas, psicológicas, sociales y, en su caso, espirituales. Si es necesario, el apoyo debe extenderse también al proceso del duelo<sup>41</sup>.

Después de todo lo dicho se puede concluir afirmando que la doctrina mayoritaria de la ética médica se pronuncia en contra de la eutanasia y de la obstinación terapéutica, y a favor de la medicina paliativa, criterio que siempre proclamó la ética médica de todos los tiempos manteniendo la máxima de curar

---

<sup>39</sup> MUÑOZ GARRIDO, Rafael: Comparecencia ante la comisión especial de estudios sobre la eutanasia. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Diario de Sesiones del Senado. VI Legislatura. Comisiones. Núm 414. Pág. 3.

<sup>40</sup> AMM: Manual de Ética Médica 2009. AMM. Pág. 59.

<sup>41</sup> MUÑOZ GARRIDO Rafael: Comparecencia ante la comisión especial de estudios sobre la eutanasia. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Diario de Sesiones del Senado. VI Legislatura. Comisiones. Núm 414. Pág. 4.

cuando ello es posible, aliviar siempre y acompañar al enfermo desde el principio hasta el final<sup>42</sup>.

### 1.2.3. El principio de Justicia

Si en la tradición aristotélica Justicia significa dar a cada uno lo suyo, este principio bioético se refiere a que cada individuo concreto debe ser tratado en forma justa, lo que implica que todos han de ser tratados con el mismo respeto y que en la atención médica está prohibida cualquier tipo de discriminación<sup>43</sup>.

Para Beauchamp y Childress, justicia es la responsabilidad de las personas, estados y sociedades de dar trato igual, equitativo y apropiado a los demás, a la luz de lo que se debe a las personas o es de su pertenencia<sup>44</sup>.

La bioética ha realizado importantes contribuciones en el ámbito de la justicia en el acceso a los servicios de atención de salud y en la asignación de recursos, precisamente porque el principio viene referido sobre todo a la justicia distributiva. Dar a cada uno lo suyo significa en el ámbito de la salud, que todos deben recibir el mismo trato por parte de los servicios sanitarios, que todos deben tener las mismas oportunidades y que todos en definitiva, deben acceder a diagnósticos y tratamientos en igualdad de condiciones. Ahora bien, pese a ello, la relación entre desigualdades socioeconómicas y salud es evidente y prueba de ello es que siguen existiendo muchísimas diferencias en salud, incluso en los países más desarrollados. Y aunque haya motivos demográficos, geográficos, étnicos o de género que acrecienten esas diferencias, son los socioeconómicos los que más se reflejan en el acceso a los servicios de salud y por tanto los que más tienen que ver con la deficiente distribución de recursos.

El principio de justicia comprende por otra parte el uso racional de recursos disponibles que permita el ejercicio pleno del derecho a la salud, lo cual

---

<sup>42</sup> Opus cit. Pág. 5.

<sup>43</sup> LÓPEZ MARTÍN, Sixto: Ética y Deontología Médica Ética de los problemas en atención primaria en la provincia de Toledo. Repositorio USAL. Pág. 52.

<sup>44</sup> BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDRESS, James F: Principios de ética médica. Masson. Pág. 312.

nos lleva a la obligación del Estado de asegurar un mínimo de calidad en la atención sanitaria a los ciudadanos. La cuestión es concretar ese mínimo. En otras palabras, existe acuerdo en aceptar cierto grado de desigualdad en salud, pero existe desacuerdo en torno a qué grado de desigualdad es moralmente aceptable<sup>45</sup>.

Hoy día, la consideración de la salud como un valor cuya protección asume el Estado hace que se considere que el mínimo a que nos referimos encuentre un límite en los recursos que el propio Estado allegue o pueda allegar a la prestación de servicios sanitarios. Las personas acuden a los servicios públicos de salud cuando consideran que los necesitan, lo cual determina que para dar a cada uno lo suyo cada vez se necesiten mayores presupuestos, de ahí que incluso por criterios de justicia distributiva el acceso y contenido de tales prestaciones no puede quedar a criterio del usuario. Es el Estado es el que tiene que poner el límite, teniendo en cuenta los recursos disponibles, las capacidades del sistema y las situaciones socioeconómicas de los administrados.

Para que pueda proclamarse el imperio del principio de justicia hay que llevar a cabo una distribución equitativa y justa de los recursos, que mejore el nivel general de salud de la población. Y para lograr ese punto de equidad es necesario evitar restricciones o privilegios, porque el derecho a la salud se incardina en el acervo del individuo de tal manera, que aunque esté sujeto a los recursos disponibles del Estado, es un derecho exigible en justicia que no puede confundirse nunca con la caridad.

En definitiva, un sistema de atención médica justo requiere pues un diseño de normas deontológicas que definan tanto las responsabilidades del Estado con los ciudadanos, como la distribución equitativa y justa de los recursos, para que el sistema sanitario sea eficaz y eficiente y a la vez evite las

---

<sup>45</sup> FERRER LUES, Marcela: Equidad y Justicia en salud. Implicaciones para la bioética. Acta Bioethica 2003. Pág. 119.

restricciones o privilegios a los que arbitrariamente pueden estar sometidas las personas en la atención de salud<sup>46</sup>.

#### 1.2.4. El Principio de Autonomía

Se entiende por autonomía la capacidad que tiene un individuo o una parte de la sociedad de obrar sin ningún tipo de interferencia o limitación, dándose a sí mismo una regla de acción<sup>47</sup>.

Aplicado a la asistencia sanitaria, el principio de autonomía tiene en cuenta la libertad y responsabilidad del paciente, que decide lo que es bueno para él aunque ello no sea compartido por el médico. Por este principio se exige respeto a la capacidad de decidir de las personas y a que se respete su voluntad en aquellas cuestiones que se refieren a ellas mismas, a sus terapias, tratamientos e intervenciones en su propio cuerpo.

Aunque el término deriva de los vocablos griegos *αυτός* (propio, por uno mismo) y *νόμος* (ley-regla), se trata del más moderno de los principios de la bioética. Hasta el siglo V no se conocía que una persona actuara por expectativas diferentes de la familia o estrato social al que pertenecía. Boecio modifica el paradigma y define a la persona como sujeto independiente del grupo social y exige respeto a su capacidad de decisión y a su voluntad en las cuestiones que se refieran a ella<sup>48</sup>.

Ya en el siglo XVII Locke, que estructura su filosofía política alrededor del concepto de autonomía, aboga por la defensa de los derechos individuales y traza la esfera de la autonomía individual que todo Estado debe respetar, en la que se sitúan unos derechos individuales básicos en los que el Estado no puede interferir sin previa autorización del individuo: derecho a la vida, a la salud, a la libertad y a la propiedad.

---

<sup>46</sup> LAVADOS MONTES, Claudio y GAJARDO UGÁ, Alejandra: El Principio de Justicia y la Salud en Chile. *Acta Bioethica* 2008. Pág. 210.

<sup>47</sup> POSTIGO SOLANA, Elena: *Diccionario de Bioética* (Dir. Carlos Simón Vázquez). Montecarmelo.

<sup>48</sup> MAZO ÁLVAREZ, Héctor: La Autonomía: principio ético contemporáneo. *Revista Colombiana Ciencias Sociales*. Vol 3. 2012. Págs. 115-132.



Kant en el siglo XVIII desarrolla este concepto de autonomía y lo liga al de respeto de la persona, llegando a la conclusión de que no es lícito tratar a los demás seres humanos sin que precedentemente haya habido un consentimiento libre por parte de estos<sup>49</sup> De esa época data la primera decisión judicial de que se tiene conocimiento, que tiene lugar en Inglaterra en 1747, y en la que se condena a un médico y un boticario, Baker y Stapleton, por no sólo rechazar la petición del paciente de retirar unos vendajes colocados para curar una fractura en una pierna, sino por romper el callo de la fractura mal consolidada e instalar un aparato ortopédico inventado por ellos. El Tribunal enjuiciador falló a favor del paciente por estimar que el mero consentimiento a una intervención quirúrgica es un prerrequisito para su realización<sup>50</sup>.

Desde entonces poco a poco las tesis autonomistas fueron abriéndose paso en la jurisprudencia hasta que en 1914, el juez Cardozo afirmó en una sentencia que “todo ser humano adulto y con plenas facultades mentales tiene derecho a determinar lo que va a hacer con su propio cuerpo, y un cirujano que realice una operación sin el consentimiento de su paciente comete una agresión a la persona, siendo responsable de los daños que origine”<sup>51</sup>. Con ello se consagraba definitiva-mente la autonomía de la voluntad de los enfermos, que sin embargo no adquirió carácter de principio general hasta la segunda mitad del siglo XX, en que comenzó a hablarse de la humanización de la sanidad y propugnarse la práctica de una medicina centrada en el paciente.

Fruto de esta nueva orientación, en 1979 la Comisión Nacional para la Protección de los Sujetos Humanos ante la Investigación Biomédica y de Comportamiento creada por el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos, elaboró un informe titulado “Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación”, que es conocido mundialmente como el Informe Belmont, en el que se enuncian los principios

---

<sup>49</sup> POSTIGO SOLANA, Elena: Diccionario de Bioética (Dir. Carlos Simón Vázquez). Montecarmelo 2006.

<sup>50</sup> FADEN Ruth, BEAUCHAMP, Tom y KING, Nancy: Historia y teoría del consentimiento informado. Oxford University Press. 1986. Pág. 116.

<sup>51</sup> LÓPEZ MARTÍN, Sixto: Ética y deontología Médica. Marbán. Pág. 320.

éticos fundamentales para usar sujetos humanos en la investigación. El primero de ellos es el respeto por las personas, del que dice que incorpora al menos dos convicciones éticas: primera, que el individuo, como ser capaz de deliberar sobre sus objetivos personales y actuar bajo la dirección de esta deliberación, debe ser tratado como ente autónomo, y segunda, que las personas cuya autonomía está disminuida deben ser objeto de protección.

Según el informe citado, respetar la autonomía es dar valor a las opiniones y elecciones de las personas y abstenerse de obstruir sus acciones, a menos que éstas produzcan un claro perjuicio a otros. Mostrar falta de respeto por un agente autónomo es repudiar los criterios de estas personas, negar a un individuo la libertad de actuar según tales criterios, o hurtar información necesaria para que puedan emitir un juicio cuando no hay razones convincentes para ello <sup>52</sup>.

La autonomía por tanto, es actuar con conocimiento de causa y sin coacción externa y surge como una manifestación de la libertad humana y del reconocimiento de su dignidad y valor de la persona.

Hoy, el Informe Belmont continúa siendo una referencia esencial para que los investigadores y grupos que trabajan con sujetos humanos en investigación se aseguren que los proyectos cumplen con las regulaciones éticas.

Más tarde Beauchamp y Childress, enunciaron los cuatro principios que deben regir la toma de decisiones en bioética, en la formulación que se sigue manejando hoy día: autonomía, no maleficencia, beneficencia y justicia<sup>53</sup>. Y priman el respeto por la autonomía como contraposición a la posición paternalista de la medicina anterior, que requiere que las personas estén capacitadas para ordenar sus valores y creencias y para actuar sin intervenciones controladoras de otros. Ahora bien, para Beauchamp la autonomía ha de basarse en una información y comprensión adecuadas, sin coacciones internas o externas,

---

<sup>52</sup> COMISIÓN NACIONAL PARA LA PROTECCIÓN DE LOS SERES HUMANOS EN ESTUDIOS BIOMÉDICOS Y DEL COMPORTAMIENTO DE LOS ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA: Principios éticos y normas para el desarrollo de las investigaciones que involucran a seres humanos. PDR reports. 18 de abril de 1979. Pág. 3. En <http://www.comitedebioetica.cat/>.

<sup>53</sup> BEAUCHAMP, Tom L. y CHILDRESS, James F: Principios de ética médica. Masson. Pág. 114.

porque de lo contrario, si alguna de estas condiciones no se cumple o se cumple sólo en parte, la autonomía de una persona se ve reducida<sup>54</sup>.

En España, Gracia afirma que no todos los principios tienen el mismo rango. Para él no maleficencia y justicia obligan con independencia de la opinión de las personas implicadas y por ello tienen un rango superior que los de autonomía y beneficencia. Distingue por tanto un primer nivel constituido por la no maleficencia y la justicia (ética de mínimos) y un segundo, formado por la autonomía y la beneficencia (ética de máximos). Además, de estos principios se derivan para Gracia unos procedimientos prácticos. De la autonomía, el consentimiento informado; de la beneficencia, la evaluación de riesgos y beneficios y de la justicia, la selección equitativa de los sujetos de experimentación<sup>55</sup>.

Hoy en día el paradigma básico de la autonomía es el consentimiento informado. El paciente debe conocer todos los datos necesarios para poder elegir libremente entre varias opciones y sólo se le pueden practicar aquellos cuidados de los que sea plenamente consciente. En caso de que el paciente no pueda dar su consentimiento por distintas razones, ejercerán su derecho los que responden de él. Es pues el paciente, convertido en usuario del servicio sanitario, quién decide sobre el tratamiento que tiene que recibir, lo cual puede llevar en ciertos casos a generar descontento en el médico o incluso frustración en el enfermo<sup>56</sup>.

El debate doctrinal tiene un importante eco jurisprudencial. El Tribunal Supremo considera que la falta de consentimiento informado comporta una vulneración de la *lex artis* y revela una manifestación de un funcionamiento anormal del servicio sanitario hasta el punto de que puede constituir infracción desde la omisión completa del consentimiento informado a los meros descuidos parciales, como la ausencia de información adecuada al enfermo de todos los riesgos que entraña una intervención quirúrgica y de las consecuencias que de la

---

<sup>54</sup> BEAUCHAMP, Tom L: .Methods and principles in biomedical ethics. Journal Med Ethics. 2003. Págs. 269-274.

<sup>55</sup> GRACIA, Diego: Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid. Eudema. Págs. 10 y ss.

<sup>56</sup> GRACIA, Diego: Como arqueros al blanco. Estudios de bioética. Pág. 83.

misma podían derivar una vez iniciada una asistencia hospitalaria, y las específicas secuelas que puede acarrear una operación<sup>57</sup>.

En definitiva, el consentimiento informado no es el principio de autonomía pero sí su consecuencia. Por su aplicación ha cambiado la toma de decisiones en el ámbito de la salud, trasladándola del médico al paciente, del experto al interesado, y dando así una nueva dimensión a la ética médica<sup>58</sup>. El facultativo está obligado a dar al paciente la información adecuada y a respetar su decisión, lo cual muchas veces puede llegar a ser frustrante, contrario a la ciencia y además incluso a los intereses de la propia administración sanitaria. Con estas premisas el debate está en donde poner el límite. La jurisprudencia y parte de la doctrina se inclinan por afirmar que excepcionalmente cabe prescindir del consentimiento en caso de riesgo para la salud pública, a causa de razones sanitarias establecidas por Ley, o también cuando en caso de riesgo inmediato y grave para la integridad física o psíquica del enfermo, sea imposible conseguir su autorización o la de sus familiares o las personas vinculadas de hecho a él<sup>59</sup>.

Aun así no es fácil decidir cuándo hacerlo. Muy recientemente, por ejemplo, la infección y posterior muerte por difteria de un niño, ha puesto de actualidad el debate sobre la conveniencia o no de las vacunas. Los padres que deciden no vacunar a sus pequeños lo hacen desde el conocimiento de los pros y contras de esta práctica y resuelven no hacerlo en el ejercicio de su autonomía. La cuestión es si su decisión puede o no afectar a la salud del resto de la población, porque no es menos cierto que el caso que nos ocupa ha puesto en peligro a los compañeros de colegio del menor y a todo su entorno ante un posible contagio de una enfermedad muy grave, que puede ser mortal --solo en España entre 1900 y 1920 se cobró 120.000 vidas--, que en casos residuales

---

<sup>57</sup> SANGÜESA CABEZUDO, María: Autonomía del paciente. Consentimiento informado. Revista de Jurisprudencia Lefebre. El Derecho. Núm 1, 2012.

<sup>58</sup> LÓPEZ MARTÍN, Sixto: Ética y Deontología Médica Ética de los problemas en atención primaria en la provincia de Toledo. Repositorio USAL. Pág 84

<sup>59</sup> SANGÜESA CABEZUDO, María: Autonomía del paciente. Consentimiento informado. Revista de Jurisprudencia Lefebre. El Derecho. Núm 1, 2012.

puede afectar a personas vacunadas y que --no lo olvidemos-- no se había registrado en España ningún caso desde el año 1986.

### 1.3. DERECHO MÉDICO

Si ética, bioética y deontología se sitúan más o menos en el mismo plano de regulación de la conducta de las personas, más o menos cercano a la moral según sea la disciplina a que nos refiramos, el derecho ocupa un escalón muy distinto al referirse a normas imperativas que enmarcan la convivencia, para que en su seno cada persona se desarrolle individual y libremente. Y es que el derecho en definitiva se encarga de encuadrar positivamente las relaciones entre las personas.

La vida humana es fundamentalmente una vida en sociedad. Las personas precisan contar con los demás para satisfacer sus propias necesidades. Y como esta necesidad es recíproca, la sociedad genera una tupida red de relaciones, que unas veces se organizan de forma autónoma y otras es necesario ordenarlas y hacerlas exigibles. Ésa es la función del Derecho, ordenar determinadas relaciones sociales, de ahí que se diga que el Derecho es el conjunto de normas que rigen la sociedad, su razón conformadora.

Dice Renard que el Derecho es el orden social justo, la regla que trasciende la vida<sup>60</sup>. La única manera de que exista la vida humana es ordenando la vida social, y ello sólo puede hacer con el Derecho. Ahora bien, el orden impuesto ha de ser justo, es decir, ajustado a las características propias de la conducta humana.

Otros autores lo definen en cambio como el conjunto de reglas establecidas para regir las relaciones de los hombres en sociedad, en cuanto se trate de reglas cuya observancia puede ser coercitivamente impuesta a los

---

<sup>60</sup> RENARD, Georges: El Derecho, la Justicia y la Voluntad. Desclée. Pág. 52.

individuos, incluyendo así un nuevo criterio, que es la fuerza para exigir su cumplimiento. Ihering concluye en que es la garantía de las condiciones de vida de la sociedad en la forma de coacción<sup>61</sup>. En suma, podemos definir el Derecho como conjunto de normas que regulan la conducta del ser humano en sus relaciones con la sociedad y de los estados entre sí.

### 1.3.1. Relación entre Ética y Derecho

Decía Hobbes que el hombre es esencialmente antisocial pues está guiado por sus pasiones, entre las cuales reina el egoísmo. De él es la frase de “el hombre es un lobo para el hombre”<sup>62</sup> y por ello, según él, cedemos al Estado una gran parte de nuestra libertad para que él garantice nuestra seguridad. Surge así el gran *Leviathán*, organización fuerte y potente que nos protege mediante la promulgación de las normas jurídicas, que juntas constituyen un corpus que todos estamos obligados a respetar. El pensamiento de Hobbes se contiene en tres libros fundamentales, *Elementos del Derecho*<sup>63</sup>, *De Cive* y *Leviathan*<sup>64</sup>, y supone el nacimiento del Estado moderno y su justificación de la existencia de las leyes – que llama cadenas artificiales--, que posteriormente completarían Locke, Rousseau y Montesquieu, ahondando en el pacto social y la división de poderes.

Para Hobbes la distinción entre derecho y ética radica en su diferente finalidad, porque mientras la ética tiene pretensiones totalizadoras para regular toda la conducta del hombre, el derecho pretende implantar una serie de normas indispensables que permitan la convivencia entre los hombres y el desarrollo individual de cada uno. De este modo, ni la ética necesita codificarse, ni el derecho puede concebirse como una parcela de la moral. Las disposiciones éticas, como son justas, han de ser respetadas por todos y también por el derecho. Desde este planteamiento, la diferencia fundamental entre la ética y

---

<sup>61</sup> LLAMBIAS, Jorge Joaquín: Introducción al Derecho Civil. Perrot. Pág. 22.

<sup>62</sup> HOBBS, Thomas: Tratado sobre el ciudadano. Edición de Joaquín Rodríguez Feo. Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid. Pág. 45

<sup>63</sup> HOBBS, Thomas: Elementos del derecho natural y político. Alianza Editorial.

<sup>64</sup> HOBBS, Thomas: Leviatán o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil. Servei de Publicacions Universitat Valencia.

deontología por un lado y el derecho por otro, se encuentra en su origen, ya que la fuente del derecho es el poder legislativo del Estado, mientras que la deontología profesional emana del propio colectivo profesional, desde una labor de autorregulación. Por eso, el derecho es siempre coactivo, mientras que la deontología profesional puede o no imponer sanciones, y en el caso de aplicarse, son menos graves que las impuestas por el Derecho<sup>65</sup>.

La relación entre ética y derecho ha pasado por varias etapas. En el mundo antiguo y medieval el derecho se entendía subordinado al fin propio del hombre y por tanto subordinado a la ética, en una relación de dependencia absoluta. De Platón a San Agustín, de Aristóteles a Santo Tomás, la mayor parte de los clásicos optaban por un derecho de referencia e inspiración única en la ética. Y si ya Grocio propugnaba una separación entre ambas disciplinas, fue Kant quién afirmó sin ambages su autonomía en base a que las posiciones morales procedían de la herencia clásica y cristiana, mientras que las jurídicas procedían del encuentro social, del contrato.

En la moral kantiana, el concepto clave es la autonomía de los seres humanos, entendida como la voluntad que tienen las personas para legislarse a sí mismas. El derecho rige los actos exteriores, sin atender a los motivos, mientras que la moral se dirige directamente a nuestra libertad y exige que la intención del acto sea buena. El derecho aparece entonces como normalización de las libertades externas de los individuos<sup>66</sup>. Y es por esa libertad que el derecho se ordena por la razón, lo que se lleva a cabo por el surgimiento del Estado, que es quién hace las Leyes.

El derecho por tanto en Kant procede de un orden jurídico exterior a nosotros. El legislador y el obligado por la norma son distintas personas. La moral en cambio proviene del imperativo categórico de la conciencia de cada cual, o

---

<sup>65</sup> FORNAS GARCÍA, Ricardo: Deontología Médica. En: <http://www.ricardofornas.net/2011/09/deontologia-medica-i.html>.

<sup>66</sup> ULLOA CUELLAR, Ana: El estado en Kant. Revista de los investigadores del Centro de Estudios sobre Derecho, Globalización y Seguridad de la Universidad Veracruzana. Volumen 11. 2005. Pág. 207.

sea, de un mandato interior: así resulta que somos a la vez legisladores y obligados por la norma, por lo cual la moral es autónoma<sup>67</sup>.

Más si esta formulación ha estado vigente hasta el siglo XX, las modernas concepciones han evolucionado hacia un esquema de subordinación de la moral al derecho. A partir de la promulgación de las declaraciones universales de derechos, en el mundo postmoderno se ha producido una juridificación de los mínimos éticos, que no sólo se exige en cada legislación sino que además funciona como un referente ético común<sup>68</sup>. Ello a pesar de que la superior posición del derecho está sometida en los últimos tiempos a una constante revisión, precisamente por el pluralismo a que está sometida la ética, que aunque fuertemente positivizada en los códigos deontológicos, está en permanente fluctuación por la influencia de los avances científicos y los posicionamientos que ante ellos presentan las distintas corrientes éticas.

### **1.3.2. Contenido del Derecho Médico**

Por otra parte, hoy día el derecho se encuentra estrechamente relacionado con la medicina, y no sólo en aspectos organizativos o reguladores, puesto que alcanza a todas aquellas situaciones que inciden directamente en el ejercicio de la profesión, lo que evidentemente hace que podamos hablar de una especialidad jurídica nueva, el derecho médico o derecho sanitario, que regula desde la relación entre médico y paciente hasta la relación entre ambos actores y el Estado o las distintas administraciones públicas, conformando un auténtico cuerpo normativo específico que cada vez tiene más eco en la sociedad.

Como se sabe, el derecho tiene numerosas ramas para llegar a todas las actividades y relaciones humanas, aunque tradicionalmente se tiende a dividir en dos grandes grupos, el derecho público y el privado. El primero, según expone Albaladejo, es el conjunto de normas que regulan la organización y actividad del

---

<sup>67</sup> OLASO JUNYEN, Luis María: Curso de Introducción al Derecho. Introducción filosófica al Derecho. Universidad católica Andres Bello. Caracas. Pág. 120.

<sup>68</sup> SERRANO RUIZ-CALDERÓN, José Miguel: Bioética y Derecho en Manual de Bioética (Coordinadora Gloria María Tomás Garrido). Ariel. Pág. 63.



Estado y los demás entes públicos y sus relaciones entre sí, así como las que se establecen entre todos ellos y los ciudadanos. El derecho privado por su parte es según el mismo autor el conjunto de normas que regulan lo relativo a los particulares y a las relaciones de éstos entre sí o, aunque intervengan entes públicos lo hagan con carácter de particulares. El derecho público enlaza por tanto con la idea de poder, mientras que el privado lo hace con la de cooperación<sup>69</sup>.

Para Rodríguez Molinero el reconocimiento del derecho médico como un derecho especial radica en que ni la ética ni la deontología profesional pueden llegar adonde llega la regulación jurídica en la protección de los bienes jurídicos y de los derechos inalienables que entran en juego en todo acto médico. Tanto la ética como la deontología exigen por naturaleza el complemento de un derecho médico<sup>70</sup>.

El derecho médico o mejor, el sanitario, puede a su vez agruparse en dos ramas, la que se ocupa de la relación entre médico y paciente, que puede considerarse privada, y la que se establece entre las instituciones y organismos sanitarios y el propio paciente, que es evidentemente pública. Así pues, el derecho sanitario tiene una vertiente pública y otra privada.

El derecho médico así considerado es el conjunto de disposiciones que regulan la actividad médica, bien pertenezcan a la legislación común en cuanto directa o indirectamente recaen sobre aquélla, o bien pertenezcan a una legislación específica de algunos sectores especiales. Además el derecho médico comprende el conjunto de sentencias judiciales y de resoluciones administrativas que versan sobre actos médicos, cuyo repertorio constituye una fuente inagotable de conceptos y de pautas jurídicas para posteriores fallos<sup>71</sup>.

---

<sup>69</sup> ALBALADEJO LÓPEZ, Pedro: Derecho Civil I. Introducción y parte general. Volumen primero. Introducción y derecho de la persona. José M<sup>o</sup> Boch Editor. Pág. 35.

<sup>70</sup> RODRÍGUEZ MOLINERO, Marcelino: Perfil general del Derecho Médico. Anuario de Filosofía del Derecho XII. Ministerio de Justicia, BOE, Sociedad española de Filosofía Jurídica y Política.1995. Pág. 46.

<sup>71</sup> Opus cit. Pág. 49.

El objeto de este derecho especial no es pues otro que la regulación de los actos médicos ejecutados por profesionales sanitarios con finalidad curativa o terapéutica, o incluso para obtener una mejora de las condiciones físicas o psíquicas de la persona humana, con lo que abarca desde el diagnóstico, tratamiento médico y quirúrgico, tratamientos dietéticos y mejoras de rendimiento físico o psíquico, hasta la experimentación científica con humanos. No es un derecho que regule en exclusiva la actividad del médico, sino que se extiende a los actos de todos los profesionales de la salud, desde los auxiliares a los facultativos superespecialistas. Según Rodríguez Molinero el criterio es que el acto o actos regulados se realicen dentro de un equipo médico o bajo la dependencia de un médico o de una organización médica. No comprende por tanto según él, la actividad de quienes ejercen las profesiones llamadas paramédicas: fisioterapeutas, podólogos, ópticos, psicólogos, esteticistas, naturistas, dietistas, etc.<sup>72</sup>. Esta tesis hay que tomarla hoy en día con mucha cautela, por cuanto que algunas de estas profesiones sí guardan relación con la salud y son ejercidas por profesionales con titulación habilitante.

Por otra parte el derecho médico tiene una importante rama internacional. Muchos son los tratados internacionales y normas consuetudinarias de aplicación a la salud. Entre ellos podemos citar la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1948, el Convenio Europeo sobre Derechos Humanos y Libertades fundamentales de 1950, la Carta Social Europea de 1961, el Convenio Internacional sobre los Derechos Civiles y Políticos de 1966, el Convenio Europeo sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 o el Convenio relativo a los Derechos Humanos y la biomedicina, de 1997.

En España el derecho médico interno encuentra su primer fundamento en la Constitución, que recoge el derecho a la salud en su artículo 43 y que se desarrolla en la Ley General de Sanidad de 1986, que a su vez se complementa

---

<sup>72</sup> Opus cit. Pág. 48.

con multitud de disposiciones generales dictadas por el Estado, las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos. En este sentido y más concretamente, la regulación jurídica de la actividad médica se recoge en primer lugar en la legislación general y está dispersa en todo el Corpus legislativo: Código Civil, Código Penal, Leyes de Procedimiento, Ley de la Función Pública, legislación laboral, etc. Lo que significa que en gran medida es la misma regulación jurídico-positiva vigente para otros campos de actividad más o menos afines.

Otra parte de la regulación jurídico-positiva es especial y está contenida en las diversas leyes y reglamentos que directamente inciden en o tienen por objeto la actividad médica como la Ley General de Sanidad ya citada, o distintas y concretas parcelas de la misma, como por ejemplo la ley y reglamento de extracción y trasplante de órganos o la reglamentación jurídica de la hemodonación. Y además de los aspectos asistenciales, el derecho médico se ocupa de los aspectos organizativos de la salud, cuyo desarrollo está profusamente regulado por las legislaciones autonómicas.

Todo esto puede enmarcarse en lo que podríamos denominar derecho público médico, que además de regular los aspectos asistenciales y organizativos, también se ocupa de la responsabilidad penal de los profesionales de la salud. En este sentido, ¿puede hablarse de un derecho penal médico? Pues en puridad entendemos que no, con independencia de que los profesionales de la salud puedan, en el ejercicio de su profesión, incurrir en responsabilidad penal. Desde delitos imprudentes por negligencia grave o leve —menos grave en la denominación actual—, lesiones, lesiones al feto, eutanasia o aborto, a los menos conocidos pero igualmente punibles como la violación del secreto profesional, omisión del deber de socorro sanitario, falsificación documental, suposición de parto y alteración de paternidad, pasando por los de intrusismo o suministro de sustancias nocivas para la salud, existe todo un abanico de delitos que pueden ser cometidos por los profesionales de la salud en el ejercicio de sus funciones.

No existe pues un derecho penal médico como cuerpo jurídico especial, aunque sí deba considerarse que las actividades sanitarias tienen un plus de reproche penal que no se da en otras profesiones.

En cuanto a la rama de esta especialidad que compete al derecho privado, decir en primer lugar que deriva de la naturaleza jurídica de la relación entre médico y paciente, cuyo estudio nunca ha estado exento de polémica. Ya en la antigua Roma se consideraba que a médico y enfermo les unía un contrato de mandato, tesis que hoy día no se sostiene por las propias características de la asistencia sanitaria.

En la actualidad se estima que esa naturaleza puede ser tanto contractual como extracontractual, según se trate de asistencia prestada en el ámbito de la medicina que denominamos privada, en la que el médico actúa como profesional liberal, o en el de la pública, en la que los facultativos están unidos a la institución que presta el servicio por una relación laboral o estatutaria y atienden a los pacientes sin que entre ellos medie contrato alguno. Incluso hay autores que hablan de cuasicontratos, en la forma de una gestión de negocios ajenos sin mandato, recogida y regulada en el artículo 1888 del Código Civil<sup>73</sup>.

En cualquier caso, de la naturaleza de la relación que exista entre las partes deriva la responsabilidad civil en que pueda incurrirse, que será contractual o extracontractual según que la primera sea pública o privada. La diferencia radica, entre otras cosas en el plazo de prescripción de las acciones, que en caso de la contractual es de quince años mientras que en la extracontractual es de sólo uno.

Actualmente se considera que constituye la regla general la responsabilidad contractual de los médicos y que la extracontractual se da sólo excepcionalmente, pero, cuando el mismo hecho constituye incumplimiento de

---

<sup>73</sup> Opus cit. Pág. 53.

una obligación y al mismo tiempo acto ilícito, el perjudicado podrá elegir entre invocar el art. 1902 o las normas contractuales infringidas<sup>74</sup>.

#### **1.4. LA CONQUISTA DE LOS DERECHOS DE LOS PACIENTES**

Lo derechos de los pacientes, en la formulación que hoy conocemos, han sido fruto de una larga reivindicación. El antecedente más lejano proviene nada menos que del código de Hammurabi, que aunque fue descubierto en 1902 en Irán, data del año 1750 AC. En él se prevén por primera vez castigos brutales, como la amputación de una mano al médico que cause una lesión grave a un enfermo por negligencia profesional<sup>75</sup>.

Mucho más tarde, en el 400 AC, el juramento hipocrático, establece una obligación de respeto, dedicación y fidelidad al enfermo, buscando hacer el bien. El documento confiere al médico un carácter prácticamente sacerdotal que le coloca en un plano superior al del paciente, y que es sujeto de una alta responsabilidad ética, que se combina con una práctica absoluta impunidad.

Por lo que se refiere a la atención al paciente, era absolutamente clasista, tiránica en el caso de los esclavos, resolutive en el de los hombres libres pobres, y exquisita en el de los ricos<sup>76</sup>. En todo caso, están documentados castigos a médicos negligentes como el que Plutarco refiere infligido por Glaucias, médico de Hephestion, que fue condenado a morir en la cruz por la indignación que a Alejandro le produjo la equivocación en la dosis de medicamento que el medico administró a su amigo y que le produjo la muerte<sup>77</sup>.

---

<sup>74</sup> MARTÍNEZ-CALCERRADA, Luis: La sanidad ante las nuevas tendencias jurisprudenciales. Aspectos civiles. Libro de Actas IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Fundación Mapfre Medicina.

<sup>75</sup> SUÁREZ INCLÁN, Julián: Deontología, Derecho y Medicina. Colegio Oficial de Médicos de Madrid.

<sup>76</sup> LAÍN ENTRALGO, Pedro: La relación médico-enfermo: Historia y Teoría., Madrid, Alianza, 1983. Pág. 58.

<sup>77</sup> BLAZQUEZ, José M<sup>a</sup>: Alejandro Magno homus religiosus. Biblioteca Virtual Miguel de Cervantes. En [www.cervantesvirtual.com](http://www.cervantesvirtual.com).

El Derecho Romano también se ocupó de la responsabilidad de los médicos y por ende de los derechos de los pacientes. En una de las primeras fases del Imperio la profesión médica era ejercida por esclavos y por ello el rigor con el que se trataban las negligencias era importante. Con el tiempo, la llegada de médicos extranjeros, sobre todo griegos, minoró el número de esclavos ejercientes, con lo que también se suavizó el sistema de exigencia de responsabilidades que se basaba en la *lex aquiliana*, que por primera vez recogía la *culpa gravis* en la que después se han inspirado muchas legislaciones de nuestro entorno.

En la Edad Media se produce un cambio en la filosofía de la atención sanitaria, precisamente por el desarrollo del Cristianismo, que hace que se conciba la asistencia a los enfermos como parte de la atención espiritual. En la Alta Edad Media, el sacerdote-médico aplica la idea cristiana de la atención al enfermo movido por el amor al hombre y el espíritu cristianos, siendo así el tratamiento médico un acto de benevolencia<sup>78</sup>. Ello no quiere decir que el médico negligente sólo tenga que esperar el castigo divino.

En todo caso, la llegada de la Baja Edad Media con la aparición de las universidades, provoca una secularización de la atención médica, que se hace menos milagrera y más científica. Famosa es una sentencia de finales del siglo XIII, en la que 106 burgueses de Jerusalén condenan a un médico por haber cortado transversalmente la pierna de un enfermo, causándole la muerte.

La Edad Moderna profundiza en esa secularización que se sustenta precisamente en la profesionalización del médico, lo que lógicamente incide directamente en los derechos de los pacientes que cada vez van siendo más tenidos en cuenta. Así, la jurisprudencia francesa del siglo XVI castigaba las faltas intencionales de los médicos, aun cuando fueran leves y las graves aun cuando no hubiese habido dolo.

---

<sup>78</sup> GOMEZ-ULLATE RASINES, Susana: Historia de los derechos de los pacientes. Revista Derecho UNED, n °15, 2014. Pág. 266.

Igualmente de esta era, aunque más tardía, es la aparición de las primeras instituciones profesionales médicas, como el *Royal College of Physicians* de Inglaterra, antecedente de las actuales organizaciones médicas colegiales en cuyo seno aparecerán los modernos códigos deontológicos, en los que se plasman una serie de obligaciones éticas de los profesionales que igual y paralelamente se describen como derechos de los pacientes. El primero de ellos surge de la pluma de Thomas Percival, en el año 1803. Entre los principios éticos fundamentales que proclama se encuentran los que deben regir las relaciones médico-paciente. Años más tarde, en 1847, se publica el primer gran código de ética médica, el *National System of Medical Morales*, que tiene como principio esencial la ocultación por parte del médico al paciente de toda información que a su juicio le pudiera resultar negativa o perjudicial, y a la vez asigna a la asociación profesional la obligación de vigilar el cumplimiento del código y castigar las infracciones<sup>79</sup>.

Por el contrario, en los siglos XIX y XX se va a producir la auténtica rebelión del paciente. A ello ayudaron en el XVIII las revoluciones liberales democráticas del mundo moderno, esto es, la Declaración de Derechos del Buen Pueblo de Virginia del año 1776, primero, y la Declaración Francesa de Derechos del Hombre y del Ciudadano de 1789, después. El espíritu liberal que surgió de aquellos movimientos se extendió a todas las relaciones sociales, alcanzando a la medicina. Surgieron así los derechos de los enfermos para integrarse en el catálogo de general de los derechos fundamentales de la persona<sup>80</sup>.

Los derechos de los pacientes se han ido conformando progresivamente, pudiendo agruparse según Gracia y Lázaro en dos grupos, el social y el clínico. En el primero destaca el derecho a la igualdad de trato, que implica la no discriminación por cualquier causa, sobre todo por motivos económicos, con lo que la atención sanitaria deja de ser un acto de beneficencia para ser un derecho. Y en el plano clínico o asistencial, el ejemplo más paradigmático es el

---

<sup>79</sup> Opus cit. Pág. 268.

<sup>80</sup> Opus cit. Pág. 270.

consentimiento informado, aunque hay otros logros, como el de la asistencia sanitaria a enfermos psiquiátricos, que tienen que ser destacados<sup>81</sup>.

La Segunda Guerra Mundial y los horrores cometidos por los médicos nazis, que se tratarán posteriormente, pusieron de manifiesto la necesidad de contar con un código ético sólido. Y fue el propio Tribunal que enjuició a los médicos asesinos, quien en 1946 aprobó el llamado Código de Nüremberg, que recoge un decálogo de principios que deben ser respetados por todos los científicos cuando realicen experimentos e investigación que afecte a la dignidad humana.

En 1946 durante la Conferencia Sanitaria Internacional, se aprobó la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, en la que se proclama la universalidad del derecho a la salud. En el Preámbulo del texto aprobado se dice que la salud no es sólo la ausencia de afecciones o enfermedades, sino también un derecho fundamental de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Y si a nivel personal es un estado de completo bienestar físico, mental y social, socialmente es además una condición fundamental para lograr la paz y la seguridad, y depende de la más amplia cooperación de las personas y de los Estados<sup>82</sup>

Posteriormente, en 1948, la Declaración Universal de Derechos Humanos proclamó la salud como parte del derecho a un nivel de vida justo y reconoció el derecho de las personas a la seguridad social y a la salud. En 1966, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales describió el derecho a la salud como el derecho de toda persona a un nivel de vida adecuado y a una mejora continua de las condiciones de existencia, exigiendo a los Estados Partes la adopción de medidas apropiadas para asegurar la efectividad de este derecho.

---

<sup>81</sup> LÁZARO, José y GRACIA, Diego: La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 29, 2008 Págs. 2 y ss.

<sup>82</sup> La Constitución de la Organización Mundial de la Salud, fue firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Ha sido reformada por resoluciones adoptadas en la 26ª, la 29ª, la 39ª y la 51ª Asambleas Mundiales de la Salud en 1977, 1984, 1994 y 2005, respectivamente.



Y así hasta 1973, en que la Asamblea Americana de Representantes de la Asociación Americana de Hospitales aprobó la primera Carta de Derechos del Paciente, que supuso entre otras cosas el reconocimiento oficial del derecho del enfermo a recibir completa información sobre su situación clínica y a decidir entre las opciones posibles, como adulto autónomo y libre que es. La Carta es una manifestación de la libertad del individuo en el ámbito biomédico mediante la fórmula del consentimiento informado<sup>83</sup>.

La Carta americana, con puntuales modificaciones, ha sido adoptada en un importante número de países. Por su parte, la Unión Europea firmó en el año 2002 en Roma la Carta Europea de los Derechos de los pacientes, que se basa en los derechos fundamentales de las personas reconocidos por la Unión Europea. En su Preámbulo se proclama que estos derechos deben ser respetados por los distintos países y sistemas nacionales de salud, independientemente de las limitaciones financieras, económicas o de los grupos políticos que los gobiernan.

Los derechos que enuncia son los siguientes:

1. Derecho a medidas preventivas.
2. Derecho del individuo al acceso a los servicios sanitarios que requiera sin ningún tipo de limitación debida a los recursos financieros, lugar de residencia, tipo de enfermedad o tiempo de acceso a los servicios.
3. Derecho a la información sobre su estado de salud, sobre los servicios sanitarios y cómo utilizarlos, así como a todo lo que la investigación científica y la innovación tecnológica puedan procurar.
4. Derecho al consentimiento informado.
5. Derecho a la libre elección de procedimientos, de tratamientos y proveedores, basándose en una información adecuada.

---

<sup>83</sup> GOMEZ-ULLATE RASINES, Susana: Historia de los derechos de los pacientes. Revista Derecho UNED, n °15, 2014. Pág. 271.

6. Derecho a la privacidad y confidencialidad sobre estado de salud, diagnóstico potencial o procedimientos terapéuticos, así como a la protección de su privacidad.
7. Derecho a recibir el tratamiento necesario en un período de tiempo predeterminado y rápido.
8. Derecho al cumplimiento de los estándares de calidad.
9. Derecho a la seguridad y a estar libre del daño causado por el pobre funcionamiento de los servicios de salud, los errores médicos y la negligencia profesional, y el derecho de acceso a los servicios de salud y tratamientos que cumplan con estándares de alta seguridad.
10. Derecho al acceso a procedimientos innovadores, incluyendo procedimientos de diagnóstico.
11. Derecho a evitar dolor y sufrimiento innecesarios.
12. Derecho a un tratamiento personalizado.
13. Derecho a reclamar si ha sufrido un daño y el derecho a recibir una respuesta o información adicional.
14. Derecho a la compensación cuando haya sufrido un daño físico, moral o psicológico causado por un tratamiento proporcionado en un servicio de salud.

La Unión también tiene una norma específica para los niños hospitalizados, que es la Resolución A2-25/86, de 13 de mayo de 1986 del Parlamento Europeo sobre la Carta Europea de los Niños Hospitalizados. E igualmente ha establecido el 8 de abril como la celebración del Día Europeo de los Derechos de los Pacientes.

La normativa se completa con multitud de Directivas y otras resoluciones. A modo de ejemplo citaremos la Directiva 2011/24/UE del Parlamento Europeo, relativa a la aplicación de los derechos de los pacientes en la asistencia sanitaria transfronteriza.

En España, algunos de estos derechos están regulados por la Ley 41/2002, de Autonomía del paciente. De ellos destacamos tres derechos

fundamentales: el derecho a la información sanitaria, el derecho a la intimidad y confidencialidad de sus datos de salud y el respeto de la autonomía del paciente, expresado en el consentimiento informado.

En suma, los derechos de los pacientes tienen una amplia trayectoria y en la actualidad conforman un cuerpo normativo de ámbito internacional, comunitario, estatal, autonómico y local, en el que el enfermo se ha transformado básicamente en usuario de servicio público y consumidor de unos servicios médicos en los que se encuentra con el médico en un plano de igualdad, con lo que el papel tradicional superior del facultativo ha quedado ampliamente superado.

### **1.5. LOS DERECHOS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD**

Si en el caso de los pacientes se ha producido a través del tiempo una paulatina conquista de sus derechos, no sucede lo mismo en el caso de los médicos. Como ya se ha dicho, en las culturas primitivas y arcaicas la figura del médico se confundía con la del chamán o sacerdote, hasta el punto de que según Bullough, en una sociedad sin especializar el chamán era el único especialista. De este modo el médico-sacerdote antiguo era un privilegiado que en puridad tenía todos los derechos. No podía decirse lo mismo del otro tipo de médico de la época, el médico-artesano, que era un simple práctico sin apenas posición social, carente de poder y autoridad, que reducía fracturas y trataba con hierbas. Su posición social no era mayor que la de un carpintero o un herrero.

Estos dos tipos de profesionales de la salud mantendrán sus diferencias sociológicas, científicas y asistenciales, con sus lógicas evoluciones, hasta práctica-mente el siglo XVIII. El primero, médico con alto nivel intelectual, se corresponde con las formas arquetípicas de la profesión, mientras que el

segundo, practicante sin formación que realiza las actividades clínicas manuales – incluida la cirugía—, con la de un oficio<sup>84</sup>.

En la Grecia clásica apareció un nuevo tipo, el médico-filósofo, que con una formación primaria práctica, crece intelectualmente a través de la lógica de la salud y la enfermedad. Es el heredero del antiguo médico-sacerdote con el que comparte una sólida posición social, y un status jurídico especial, con lo que sigue disfrutando de unos derechos muy superiores al resto de los ciudadanos.

La regresión de saberes que se produjo en la Edad Media alcanzó lógicamente a la medicina, que como el resto del conocimiento se retiró a los monasterios. Allí, los monjes que se dedicaban a cuidar enfermos no gozaban de estatuto especial y ejercían esa labor asistencial sin buscar más retribución o reconocimiento que el amor de Dios y el premio futuro del Reino Celestial.

Durante la Baja Edad Media, con la aparición de las universidades, comienza un proceso de secularización de la medicina cuyo culmen llega en la Edad Moderna con la creación de las nuevas instituciones profesionales y el fomento de las cuestiones éticas, que más bien buscan la implantación de un catálogo de obligaciones a los profesionales de la medicina pero no el reconocimiento formal de unos derechos.

La mentalidad del papel sacerdotal del médico imbuye los códigos y da por sentado que los facultativos mantienen un status muy superior al resto de los ciudadanos, aunque esta condición conlleve una progresiva exigencia de obligaciones.

La evolución es continua en esa línea y los médicos se integran plenamente en la burguesía del siglo XIX, ejerciendo una profesión autorregulada, socialmente muy reconocida y económicamente bien retribuida a través del cobro de unos honorarios que fijan libremente. Por lo general no son ni asalariados ni

---

<sup>84</sup> LAZARO, José y GRACIA, Diego: La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2006, volumen 29, suplemento 3. Pág. 10.

funcionarios, sino profesionales liberales con una serie no ya de derechos, sino de privilegios que son respetados por todos<sup>85</sup>. De este modo, hablar de derechos de los médicos se antoja absolutamente innecesario en aquella época, por cuanto que mientras que los asalariados y artesanos precisan de ellos para alcanzar una posición de respeto en la sociedad, los médicos y resto de profesionales por lo general no lo necesitan.

La aparición en el siglo XX de los primeros sistemas de previsión social conlleva una profunda transformación del ejercicio de la profesión médica, que paulatinamente deja de ser prioritariamente liberal para convertirse en una modalidad de servicio a la administración pública. Es precisamente en la Alemania de Bismarck donde apareció el primer sistema moderno de seguridad social, concebido como un seguro obligatorio, unificado y centralizado, que se exporta al resto de los países de nuestro entorno. Entre ellos destaca el modelo inglés implantado a mediados de siglo, que ha sido considerado ejemplar durante mucho tiempo por la amplitud y la universalidad de sus prestaciones<sup>86</sup>.

El médico pasa a ser un asalariado distinguido, integrándose como trabajador por cuenta ajena en los sistemas públicos de salud o en grandes empresas privadas como compañías aseguradoras o propietarias de hospitales, de forma que el ejercicio libre de la profesión en exclusiva es prácticamente excepcional.

Esta nueva fórmula de práctica profesional sí que ha traído completos catálogos de derechos. Los médicos y por extensión el resto de profesionales de salud, como trabajadores que son, tienen una serie de derechos laborales que se plasman en muy diversas regulaciones. Cuando trabajan para empresas privadas sus derechos son idénticos a los del resto de trabajadores y se recogen en el Estatuto de los Trabajadores y toda la legislación complementaria, pero cuando su empleador es una administración pública, los profesionales de la salud son

---

<sup>85</sup> Opus cit. Pág. 12.

<sup>86</sup> Opus cit. Pág. 13.

considerados personal estatutario sujetos de una relación funcional de carácter especial que se regula por una normativa propia, que en palabras de la Exposición de Motivos de la Ley 55/2003, de 16 de diciembre, del Estatuto Marco del Personal Estatutario de los Servicios de Salud, “deriva de la necesidad de que su régimen jurídico se adapte a las específicas características del ejercicio de las profesiones sanitarias y del servicio sanitario-asistencial, así como a las peculiaridades organizativas del Sistema Nacional de Salud”<sup>87</sup>.

Pues bien, la citada ley clasifica el personal sanitario de los servicios de salud en dos tipos, el sanitario y el de gestión y servicios, distinguiendo en ambos casos a los adscritos a cada grupo por sus titulaciones de acceso, con lo que en la práctica divide al personal sanitario en titulados universitarios (donde se ubican los médicos junto a otros facultativos y enfermeros) y titulados en formación profesional (técnicos de rayos, de laboratorio, auxiliares, etc.), diferenciando a todos a su vez del personal no dedicado específicamente a labores propiamente sanitarias, esto es, lo que siempre se ha conocido como personal no sanitario.

En cuanto a los derechos de unos y otros, la ley no hace diferencias, reconociendo los mismos derechos individuales y colectivos a todo el personal estatutario en los artículos 17 y 18.

---

<sup>87</sup> El actual Estatuto Marco recogido en la Ley 55/2003 de 16 de diciembre, es consecuencia de la Ley General de Sanidad y refunde en uno sólo los tres estatutos anteriores, referidos a personal médico, personal sanitario no facultativo y personal no sanitario, los tres preconstitucionales. Hasta entonces la regulación jurídica de todos estos profesionales se encontraba muy dispersa. La nueva ley vino a poner orden en las relaciones de este personal con la Administración, además de incluir a los tres colectivos en la misma estructura jurídica.

La Ley es consecuencia del Acuerdo Parlamentario para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud, aprobado por el Pleno del Congreso de los Diputados el día 18 de diciembre 1997, en cuyo apartado 10 se considera imprescindible el establecimiento de un nuevo modelo de relaciones laborales para el personal estatutario de los Servicios de Salud, a través de un Estatuto Marco que debe desempeñar un papel nuclear como elemento impulsor de la dinámica de evolución, desarrollo y consolidación de nuestro Sistema Sanitario Público.

El Acuerdo incluso considera necesario el establecimiento, por ley básica, de un nuevo modelo. para el personal estatutario de los servicios de salud, que tenga como principales objetivos regular las peculiaridades del personal estatutario de las instituciones sanitarias públicas mediante un estatuto profesional propio, de carácter básico para todo el sistema, sin perjuicio de su desarrollo por las Comunidades Autónomas, así como fomentar la descentralización de los procesos de selección y promoción profesional y flexibilizar el régimen de dedicación, mediante una mayor personalización de las condiciones de trabajo.

Individualmente, los profesionales de la salud tienen derecho:

- a) A la estabilidad en el empleo y al ejercicio o desempeño efectivo de la profesión o funciones que correspondan a su nombramiento.
- b) A la percepción puntual de las retribuciones e indemnizaciones por razón del servicio en cada caso establecidas.
- c) A la formación continuada adecuada a la función desempeñada y al reconocimiento de su cualificación profesional en relación a dichas funciones.
- d) A recibir protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo, así como sobre riesgos generales en el centro sanitario o derivados del trabajo habitual, y a la información y formación específica en esta materia conforme a lo dispuesto en la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de riesgos laborales.
- e) A la movilidad voluntaria, promoción interna y desarrollo profesional, en la forma en que prevean las disposiciones en cada caso aplicables.
- f) A que sea respetada su dignidad e intimidad personal en el trabajo y a ser tratado con corrección, consideración y respeto por sus jefes y superiores, sus compañeros y sus subordinados.
- g) Al descanso necesario, mediante la limitación de la jornada, las vacaciones periódicas retribuidas y permisos en los términos que se establezcan.
- h) A recibir asistencia y protección de las Administraciones Públicas y servicios de salud en el ejercicio de su profesión o en el desempeño de sus funciones.
- i) Al encuadramiento en el régimen general de la Seguridad Social, con los derechos y obligaciones que de ello se derivan.
- j) A ser informado de las funciones, tareas, cometidos, programación funcional y objetivos asignados a su unidad, centro o institución, y de los sistemas establecidos para la evaluación del cumplimiento de los mismos.

- k) A la no discriminación por razón de nacimiento, raza, sexo, religión, opinión, orientación sexual o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- l) A la jubilación en los términos y condiciones establecidas en las normas en cada caso aplicables.
- m) A la acción social en los términos y ámbitos subjetivos que se determinen en las normas, acuerdos o convenios aplicables.

A su vez, colectivamente, el artículo 18 de la Ley reconoce a todo el personal estatutario de los servicios de salud los siguientes derechos:

- a) A la libre sindicación.
- b) A la actividad sindical.
- c) A la huelga, garantizándose en todo caso el mantenimiento de los servicios que resulten esenciales para la atención sanitaria a la población.
- d) A la negociación colectiva, la representación y la participación en la regulación de las condiciones de trabajo.
- e) A la reunión.
- f) A disponer de servicios de prevención y de órganos representativos en materia de seguridad laboral.

Como puede apreciarse son derechos típicamente laborales muy parecidos a los que se recogen en el Estatuto Básico del Empleado Público, cuyo catálogo de derechos, según su artículo 2.3, también es de aplicación al personal sanitario, con una pequeña excepción sobre el derecho a la carrera profesional y la promoción interna.

Ahora bien, ¿esta funcionarización o laboralización del médico transforma su posición social? Pues entendemos que no. Para Lázaro y Gracia el papel sacerdotal del médico no ha desaparecido sino que se ha transformado y, en cierto sentido, incluso se ha potenciado. Mientras que los sacerdotes de las religiones tradicionales han ido perdiendo influencia en unas sociedades cada vez



más laicas y pluralistas, el médico ha ido asumiendo funciones que le confieren un nuevo tipo de papel sacerdotal, sociológicamente hablando. El médico es el nuevo sacerdote de la sociedad del bienestar<sup>88</sup>. La nueva forma de entender la vida, en la que el culto a la salud se está haciendo referente principal, hace que los facultativos tengan una influencia fundamental en el devenir diario de las personas. Y es que si antes el médico era quién curaba y hacía el sufrimiento más llevadero, ahora es también árbitro y rector de las costumbres saludables y actividades físicas, de la estética y la imagen, hasta el punto de que los autores citados consideran que la sociedad está sustituyendo el papel del sacerdote por el del asesor sanitario, a lo cual evidentemente no afecta la relación que éste pueda tener con la administración para la que trabaja, porque los derechos laborales del profesional van por un lado y la relación médico-paciente por otro. Y aunque evidentemente muchas veces la condición de trabajador público influye en esa relación, lo cierto es que en general la posición social no se ve afectada.

De todos modos sí podríamos hablar de un catálogo general de derechos de los médicos, independiente de relación laboral. De hecho en algunos países se han recogido en normas y códigos éticos, precisamente como complemento del catálogo de deberes o incluso por contraposición a los derechos de los pacientes. Por su parte, la AMM<sup>89</sup> también se ha referido a los derechos de los médicos en distintas declaraciones, pero de forma muy dispersa y siempre relacionada con los derechos de los pacientes. Es decir, parece que a las organizaciones médicas lo que les interesa es dejar claro que se preocupan de la atención al enfermo y por eso catalogan los deberes que los facultativos tienen con ellos y pasan de puntillas por los correlativos derechos de los médicos. Y nada más lejos de la realidad. Los médicos necesitan que sus derechos consten en normas

---

<sup>88</sup> LAZARO, José y GRACIA, Diego: La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2006, volumen 29, suplemento 3. Pág. 14.

<sup>89</sup> La Asociación Médica Mundial es una confederación internacional e independiente de asociaciones profesionales de médicos. Fundada el 18 de septiembre de 1947 por 27 asociaciones médicas entre las que se encontraba el Colegio Oficial de Médicos de España (el actual Consejo General de Colegios Médicos de España), en la actualidad agrupa a más de 100 asociaciones médicas nacionales<sup>2</sup> y 10 millones de médicos.

adecuadas, porque sólo así sentirán que sus deberes tienen una contraprestación ética.

Sin duda el país que más claramente ha expuesto los derechos de los médicos es México, que ha elaborado una Carta de los Derechos Generales de los Médicos y las Médicas<sup>90</sup>, que ha sintetizado en un decálogo lo que en otros países, como España, se encuentra disperso en varias normas o bien puede considerarse derecho consuetudinario. La carta en cuestión no es una norma jurídica en sentido estricto, aunque haya sido elaborada por una serie de asociaciones, instituciones y organismos sanitarios coordinados por la Comisión Nacional de Arbitraje Médico, organismo gubernamental dependiente de la Secretaría de Salud. En todo caso compendia y recoge los derechos de los médicos en el ejercicio de su profesión, que pueden ser de aplicación a los médicos en nuestro país. Porque la mayor parte de ellos han sido enunciados con anterioridad por la Asociación Médica Mundial en distintas declaraciones<sup>91</sup>:

La Carta recoge los siguientes derechos:

- A ejercer la profesión en forma libre y sin presiones de cualquier naturaleza, lo que conlleva el derecho a que se respete su juicio clínico y su libertad de prescripción.
- A trabajar en instalaciones apropiadas y seguras que garanticen su práctica profesional.
- A disponer de los recursos materiales, técnicos y humanos que requiere su práctica profesional.
- A abstenerse de garantizar resultados en la atención médica.
- A recibir trato respetuoso por parte de los pacientes y sus familiares, así como del personal relacionado con su trabajo profesional.

---

<sup>90</sup> En <http://salud.edomexico.gob.mx/ccamem/cartamedico.htm>.

<sup>91</sup> Declaración de Helsinki de 1964, enmendada por las declaraciones de Tokio de 1975, Venecia de 1983, Hong Kong de 1989, Somerset West de 1996, Seúl de 2008 y Fortaleza de 2013.

- A tener igualdad de oportunidades para su desarrollo profesional, lo que implica la no discriminación por razón de sexo, raza, origen, o cualquier otra condición.
- A realizar actividades de investigación y docencia en el campo de su profesión y especialidad.
- A asociarse para proveer sus intereses profesionales.
- A salvaguardar su prestigio profesional.
- A percibir una remuneración por los servicios prestados adecuada a su capacitación profesional

Por su parte, el Código Internacional de Ética Médica de la AMM permite identificar otro grupo de derechos que completan y complementan los anteriores, y que son:

- A la autonomía técnica y moral, sólo limitada por el consentimiento informado.
- A aceptar o rechazar a un paciente o una terapia, supeditada a que exista otro colega que pueda hacerse cargo del enfermo.
- A actuar en conciencia y libre de presiones, incluso en casos como aborto, eutanasia o participación en pena capital.
- Al mantenimiento del secreto profesional.
- A realizar investigación médica, con los límites de la previa autorización del paciente y la condición de no dañar y suspenderla siempre que el sujeto lo pida.
- Al perfeccionamiento científico y técnico y a la formación continua.
- A participar en la gestión de la salud.

A la defensa y protección de su Colegio, así como al respeto, lealtad y consideración de sus compañeros<sup>92</sup>

---

<sup>92</sup> Adoptado por la 3ª Asamblea General en Londres 1949 y enmendado Asambleas celebradas en Sydney en 1968, Venecia en 1983 y Pilanesberg en 2006. En <http://www.wma.net/es/30publications/10policies/c8/index.html>.

Con todo, la relación médico-paciente no deriva ni está presidida por los catálogos de derechos de pacientes y profesionales que hemos analizado. En la práctica son muchos más los factores que intervienen en la relación clínica y que según Lázaro y Gracia son entre otros el nivel cultural, la actitud y el carácter del enfermo; la personalidad más rígida o más dialogante del médico; la intervención cada vez mayor de otros profesionales sanitarios; las condiciones impuestas por “terceras partes”: familia, juez, administración o incluso compañías de seguros, y la disponibilidad de recursos y de tiempo.

Con esas premisas, el médico realiza su labor terapéutica entre la intención de ayudar al enfermo y la convicción de respetarlo como sujeto de derechos que es, pero procurando que ese respeto no lesione los suyos. El equilibrio entre los derechos del prestador de servicios y el destinatario de los mismos no es ni más fácil ni más difícil que en otras relaciones sociales, con lo que como afirman los autores citados, a veces el médico añora aquellos tiempos en que al enfermo se le podía guiar como a un niño, porque hay casos en los que no es fácil para el enfermo asumir su nuevo poder, y otros en los que lo difícil para el médico es asumir su reciente pérdida de poder. Porque en síntesis, a veces no es fácil, ni es cómodo, ser adulto<sup>93</sup>.

---

<sup>93</sup> LAZARO, José y GRACIA, Diego: La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra. 2006, volumen 29, suplemento 3. Pág. 16.

## 2. ÉTICA DE LOS CONFLICTOS ARMADOS

Considerando en términos generales las guerras como actos de violencia de una comunidad contra otra, puede decirse que éstas han tenido lugar desde que existe la Humanidad. Tan importante es su presencia en la historia que la mayor parte de los pensadores se han acercado a ellas, viéndolas unos como algo consustancial a la naturaleza humana y otros en cambio, como un elemento cultural común a todas las civilizaciones.

Sea como fuere, lo cierto es que la guerra se desenvuelve en medio del horror. Destrucción, muerte, penuria y desolación son los primeros efectos que se derivan de unos conflictos que, las más de las veces, se presentan como inevitables por los líderes de las comunidades y que en esencia se perciben como lo contrario a la Civilización, como el fracaso de la racionalidad, de ahí que desde siempre se haya intentado articular sistemas u organizaciones capaces de impedir la guerra o limitar sus efectos destructivos.

Ahora bien, del mismo modo que se ha asumido que la guerra es prácticamente la negación del Derecho y de la convivencia de los hombres, a lo largo de la historia muchos han intentado justificar el uso de la fuerza. El mismo Montesquieu llegó a decir que la guerra es el esfuerzo de todos hacia la paz<sup>94</sup>, auspiciando así la idea de que si la causa es justa el uso de la violencia también debe serlo.

Posteriormente Le Bon fue más allá, afirmando que las civilizaciones se forjan con ideas pero todavía se defienden con cañones, justificando con ello el uso de la violencia en el avance social. Pero ¿en verdad hay guerras justas? La pregunta no es nueva ni aparece con el padre de la división de poderes. Desde los primeros siglos de nuestra era se ha intentado darle respuesta.

Si bien Platón y Aristóteles ya trataron el tema, la teoría de la guerra justa surge con San Agustín, que califica de justas las guerras que se hacen para vengar las injusticias y aporta una muy interesante relación de actos ilícitos en

---

<sup>94</sup> MONTESQUIEU, Barón de (Secondat, Charles Luis): Del espíritu de las Leyes. Libro I.

una guerra, de lo que no se puede consentir ni aunque el conflicto sea lícito, y que son el deseo de dañar, la crueldad en la venganza, el ánimo no aplacado e implacable, la ferocidad de la rebelión, la pasión de dominio y cosas semejantes<sup>95</sup>. Por tanto, es San Agustín el que primero habla de la crueldad innecesaria o excesiva en la guerra.

Mucho después, Santo Tomás de Aquino profundiza en esta línea de reflexión, determinando que para que la guerra sea justa deben concurrir tres condiciones: la primera, que la guerra se libre bajo la autoridad del príncipe; a él le compete defender su reino tanto de los enemigos externos como de los perturbadores internos y por tanto es él quién debe declarar la guerra. La segunda, que exista justa causa, esto es, que los atacados lo merezcan. Y la tercera, que la intención sea promover el bien o evitar el mal.

Respecto a la forma de hacer la guerra, Santo Tomás es claro: se debe luchar con lealtad al enemigo, lo que lógicamente implica que como el enemigo es prójimo no debe utilizarse con él engaños o estratagemas<sup>96</sup>. Actualizando esta doctrina, puede decirse que Santo Tomás prohíbe el maltrato al enemigo y, sobre todo, al enemigo herido, así como la utilización de armas y medios prohibidos.

De esta forma vemos que sin citarlo, los dos doctores de la Iglesia distinguían en la guerra justa dos parcelas bien diferenciadas: de una parte la justificación del uso de la fuerza (*ius ad bellum* o derecho a la guerra), y de otra la justificación de la forma en que se usa de la fuerza (*ius in bello* o derecho en la guerra). Ambas tendrán una completa formulación en Francisco de Vitoria.

El dominico Francisco de Vitoria, padre del derecho internacional, fue catedrático de Teología en la Universidad de Salamanca a principios del siglo XVI. Formado en París, introdujo en el Alma Mater la *Summa Teológica* tomista como texto básico de Teología, que además inspiró su gran libro *Relectiones Theologicae*,

---

<sup>95</sup> SAN AGUSTÍN: Obras Completas Tomo XXXI Escritos antimaniqueros (2º). Réplica a Fausto, el maniqueo. Libro XXII. Biblioteca de autores cristianos. Págs. 430 y ss.

<sup>96</sup> AQUINO, Tomás de: Suma Teológica. Biblioteca de autores cristianos. Vol. III, Parte II-II a. Págs. 337-341.

parte de las cuales las dedicó a reflexionar sobre si las guerras son lícitas o ilícitas y sobre el justo título de conquista, llegando entre otras cosas a la conclusión de que no hay guerra lícita cuando el territorio tiene ya un soberano y que la única guerra justa es la que se hace contra el invasor que te ataca, inaugurando con ello la negativa moderna a la guerra de agresión y, consecuentemente, la exclusiva licitud de la guerra defensiva que hoy proclaman muchas constituciones del mundo, entre ellas la española<sup>97</sup>.

También en sus escritos acuñó el concepto de lo que hoy conocemos como comunidad internacional, que él lo llamaba “*totus urbis*” evocando la idea de universalidad, y a la que sometía al Derecho de Gentes. Precisamente de aquí arranca el principio de universalidad tan arraigado en el moderno Derecho Humanitario.

En lo relativo a la forma de hacer la guerra, Francisco de Vitoria siguió a San Agustín y en mayor medida a Santo Tomás, matizando y perfeccionando su pensamiento. Así, postuló sin ambages la ilicitud de matar deliberadamente a inocentes en una guerra, como tampoco permitía su injuria o castigo por los delitos “de los malos”. Es más, aunque permitía su expolio en algunos casos, ponía como límite la innecesariedad, es decir, para Francisco de Vitoria no sería lícita la incautación de los bienes de los inocentes si la guerra pudiera conducirse sin ello con la requerida eficacia<sup>98</sup>.

En definitiva Francisco de Vitoria actualiza la doctrina sobre la guerra justa de los dos Doctores de la Iglesia y perfila con mayor claridad el *ius in bellum* o Derechos en la Guerra, suponiendo sus tesis un gran avance en el reconocimiento de los derechos de los combatientes y no combatientes del bando enemigo. Por ello puede considerársele un personaje avanzado a su época y uno de los primeros intelectuales en aproximarse de verdad al sufrimiento de las guerras, en las que intentó incardinar un componente moral desconocido hasta entonces, ya que escritores y pensadores se acercaban a ellas con un tono casi exclusivamente épico.

---

<sup>97</sup> ABRISKETA, Joana: Derechos humanos y acción humanitaria. Alberdania S.L. Págs. 39-40.

<sup>98</sup> VITORIA, Francisco de: Relecciones sobre los Indios y el Derecho de la Guerra. Colección Austral. Espasa Calpe. Págs. 132 y ss.

Tras él muchos pensadores se han ocupado del tema, habiéndose acuñado una auténtica ética de los conflictos armados. Las nuevas corrientes de rechazo absoluto a las guerras tienen su origen en la inflexión que supuso la difusión de la doctrina de Vitoria. Y aunque ciertamente el factor más decisivo puede haber sido el temor a la violencia sin límite por la nueva dimensión de destrucción que la guerra ha alcanzado en nuestros días, no cabe duda que la percepción actual de los conflictos tiene que ver con los conceptos de guerra acuñados por estos pensadores.

La posibilidad de someter la guerra a normas éticas encuentra otra vía en la denominada humanización del conflicto, que en contraposición a la tesis de la guerra total, impone límites al uso de la fuerza. El respeto a los civiles, a los combatientes heridos o enfermos y en general a los no combatientes, está ya perfectamente definido en el pensamiento de Grocio, que expresa una muy especial sensibilidad por dolor ajeno y el rechazo de la crueldad contra los más indefensos cuando proclama el respeto por niños, ancianos y muertos, al igual que por las personas entregadas al culto o al cultivo de la tierra, condena el asesinato por fuera de combate o la eliminación de los prisioneros y prohíbe cualquier riña con los vencidos<sup>99</sup>.

En definitiva, desgraciadamente es innegable que la guerra como acto violento es un fenómeno propio de la condición humana, y que una guerra libre de crueldad y violencia es prácticamente imposible, como lo es hoy por hoy poner fin a su práctica. Ahora bien, no es ni mucho menos descabellada su humanización, por lo que siguiendo a Kant, el esfuerzo por someterla a normas jurídicas y éticas debe ser una realidad poco grata pero inevitable en la condición actual de las relaciones internacionales. Ése es según el autor alemán el primer paso para una paz duradera, que junto con el respeto de la dignidad del enemigo, acaba por allanar el camino hacia el reconocimiento futuro entre las partes enfrentadas<sup>100</sup>.

---

<sup>99</sup> GROCIO, Hugo: Del derecho de la guerra y de la paz, Tomo I, Libro 1º, Págs. 127-146.

<sup>100</sup> KANT, Immanuel: Sobre la paz perpetua. Segundo artículo definitivo de la paz perpetua. Alianza Editorial. Pág. 38.



### 3. LA ASISTENCIA SANITARIA EN LAS GUERRAS

#### 42.1. ANTECEDENTES

La protección de los combatientes heridos y enfermos data de tiempos inmemoriales. Así, existen datos que demuestran que ya en la Prehistoria hubo una incipiente asistencia sanitaria a combatientes. Según Monserrat, en el Neolítico se manejaban técnicas elementales para la ejecución de sangrías, apertura de abscesos, reducción de luxaciones, inmovilización de fracturas con moldes de arcilla que se dejaban endurecer, amputaciones y trepanaciones. Para estas operaciones quirúrgicas utilizaban fragmentos de piedra muy cortantes, lascas, espinas de pescado, crines de caballo como hilos de sutura, y como medicamentos, musgo, ceniza, hojas secas y bálsamos, sustancias aromáticas obtenidas por incisión de ciertos árboles, que se aplicaban como remedio en heridas y llagas<sup>101</sup>.

Seguramente es la egipcia la primera civilización en incorporar médicos a sus ejércitos, aunque no eran militares sino que acompañaban a las fuerzas, cobrando por la prestación del servicio. De su atención a los heridos destaca el avance en el tratamiento de heridas, su conocimiento del nepente, fármaco obtenido de una planta de la familia de las nepentáceas cuyo nombre etimológicamente, significa exento de dolor, conocimientos que desgraciadamente se perdieron en Grecia<sup>102</sup>. Igualmente de ellos es la de la higiene de las tropas como medio de lucha contra la propagación de epidemias.

En cuanto a los persas, decir que por lo general no acudían a la guerra sin sus *epimeletai* o curadores de heridas, personajes a caballo entre los cirujanos y los enfermeros y que no entran en combate sino que cuidan de los heridos<sup>103</sup>.

---

<sup>101</sup> MONSERRAT, Salvador: La Medicina militar a través de los siglos. Servicio Histórico Militar. Pág. 11.

<sup>102</sup> LOPEZ EIRE, Pedro: Homero. La Odisea. Austral, Pág. 111.

<sup>103</sup> MONSERRAT, Salvador: La Medicina militar a través de los siglos. Servicio Histórico Militar. Pág. 46.

En Grecia los médicos eran a la vez combatientes, aunque no existía una organización de la asistencia sanitaria en campaña. Los soldados no eran asistidos hasta que terminaba el combate, con lo que los heridos eran atendidos en el momento por algún compañero o se trataban de curar por sí mismos, si podían. Apolonio de Rodas cuenta que Eribotes curó al padre de Ajas con unos medicamentos que extrajo de una caja que llevaba sujeta al cinto, esto es, con lo que posteriormente se ha llamado paquete de cura individual que hoy día forma parte del equipo de cada soldado para primeros auxilios en todos los ejércitos del mundo<sup>104</sup>.

Las legiones mantenían una incipiente asistencia médica permanente y específica, que estaba constituida por médicos (*medicus ordinari*), enfermeros (*secundum medicum*) y camilleros. Son los romanos, y concretamente el emperador Augusto, los primeros organizadores de la sanidad militar profesional que, dicho sea de paso, con el tiempo alcanzó gran prestigio precisamente por la dependencia que tenía el Imperio de sus ejércitos, utilizados no sólo en las guerras de conquista, sino también como policía interna y mano de obra para las grandes obras públicas.

En este entorno, son también los romanos quienes ven la necesidad de mantener instalaciones permanentes para el cuidado de los heridos y enfermos, que denominaban “*Valetudinarias*”. Restos de ellas se han encontrado en la frontera germánica, en la cuenca del Danubio o incluso en las islas Británicas y costas norteafricanas. Importantes son las aparecidas en Aliso o Betera. Los hospitales militares de las legiones romanas se situaban dentro de los campamentos. Había salas separadas para enfermos y heridos. La sala de los enfermos se situaba lo más retirada posible, y sólo tenía una entrada para aislar lo más posible a los soldados enfermos del resto de la tropa sana. Los enfermos estaban en cama durante unos días, hasta que se recuperaban. Había además otras instalaciones para proporcionar cierto bienestar a aquellos que estuvieran

---

<sup>104</sup> Opus cit. Pág. 33.

tan enfermos que no pudieran incorporarse a sus unidades de combate durante un tiempo.

Estos hospitales semipermanentes se servían de las canalizaciones y saneamientos de los campamentos en que se instalaban, tenían incluso calefacción y buena ventilación y en ellos se practicaban las especialidades de la época, medicina interna, urología, oftalmología y sobre todo cirugía. Los cirujanos usaban prácticamente los mismos instrumentos que hace 100 años: forceps, escalpelos, catéteres, e incluso extractores de flechas.

La caída del Imperio implicó el arrasamiento de toda su civilización, lo que supuso un golpe frontal a todos los saberes, incluida la medicina<sup>105</sup>. En el ámbito militar desaparecieron los hospitales y la asistencia sanitaria pasó a ser nula. Los ejércitos simplemente no la contemplaban y los heridos otra vez se curaban ellos mismos o ayudados por sus compañeros, de ahí el índice casi absoluto de mortalidad que se maneja en las cifras de la época. Por supuesto tampoco había hospitales o instituciones de recogida para heridos y enfermos.

En Bizancio la cosa fue radicalmente distinta, pues allí se copiaron los procedimientos y uso empleados por los ejércitos romanos en el Bajo Imperio. En su organización figuraban unidades de atención médica para heridos y enfermos, en la que existían médicos y enfermeros, entre los que se contaban los *scrimon*, médicos que seguían a las tropas situándose sin armas a cien pasos de la vanguardia, y allí tenían la misión de prestar los primeros auxilios a heridos y enfermos, llevando consigo los medicamentos necesarios. Además, había dos clases de hospitales en retaguardia: el hospital para soldados estropeados y el Hospital asilo para soldados inválidos, instituciones muy en consonancia con el nivel cultural y asistencial del Impero de Oriente<sup>106</sup>.

---

<sup>105</sup> Opus cit. Pág. 66 y ss.

<sup>106</sup> Opus cit. Págs. 98-99.

Los ejércitos árabes tuvieron especial preocupación por la atención médica a sus tropas, siendo los primeros en dictar normas para atender a los heridos y enfermos en campaña. Y aunque en los primeros tiempos, el servicio sanitario no existía y tan solo algunos soldados viejos sin ninguna formación, pero hábiles en la extracción de dardos, acompañaban a los ejércitos, pronto se fueron organizando los servicios sanitarios. De ellos destacaban unos jinetes en la retaguardia, que a la vez que recogían heridos y enfermos, también recuperaban a los rezagados para devolverlos al campo de batalla.

El gran Abú Alí Ibn Sina, Avicena, participó como médico en la batalla de los Cuervos, entre el ejército Kurdo y el de Gaznawi. De aquella experiencia describe con todo detalle la atención a un herido con fractura de tibia, al que tras reducirla trata con aceite alcanforado e inmoviliza con un entablillado de cañas. En otro caso describe que detiene una hemorragia con cauterio, sutura la herida con hilo de palmera y apacigua los dolores distribuyendo decocciones de opio. Además, en este testimonio da cuenta de la existencia de unos carromatos específicos para la atención de heridos y enfermos en la misma zona donde tenía lugar batalla, antecedente lo que hoy llamamos unidades móviles o dispensarios ambulantes<sup>107</sup>.

Por otra parte, diversos documentos dan cuenta de lo avanzado de la medicina militar entre los árabes. En ellos se habla con frecuencia del Real donde se curaban los heridos, un sitio apartado del lugar donde tenían lugar las hostilidades, en el que se colocaban unas tiendas de campaña a tal fin. Igualmente, en el tratado que Rasis dedica a Almanzor se exponen numerosos y acertados consejos acerca de la conducta de los jefes para la conservación de la salud de sus tropas, como por ejemplo la situación de las tiendas de los heridos y enfermos o su alimentación<sup>108</sup>.

---

<sup>107</sup> SINOUE, Gilbert: Avicena o la ruta de Isfahán. Zeta bolsillo. Págs. 275 y ss.

<sup>108</sup> GOMEZ RODRÍGUEZ, Luis: Los hijos de Asclepio. Asistencia sanitaria en guerras y catástrofes. Repositorio Uned. Tesis. Págs. 93-95.

Durante la Edad Media la sanidad militar era muy rudimentaria. Las tropas ya no eran profesionales como en la época romana, sino que se nutrían de mesnadas que el señor feudal reclutaba para cada guerra, por lo que su vida o estado de salud no era tan importante para los poderosos, de ahí que la preocupación por su curación no fuera prioritaria. Entre la recluta no podía incluirse ni médicos ni cirujanos, con lo que la atención sanitaria se realizaba por los “cuadrilleros”, que a la vez que atendían los aspectos sanitarios cuidaban del botín y se encargaban de su reparto. Más tarde se incorporaron los “*apotecarios*”, especie de enfermeros sin ninguna preparación salvo la experiencia. En aquella época no existía ningún tipo de instalación sanitaria permanente o móvil, por lo que los enfermos y heridos eran abandonados en el campo de batalla o trasladados a posadas o conventos.

Pese a lo anterior, no dejaron de producirse actuaciones positivas. En un texto del año 1108 se dice: “acogieron con bondad a varios musulmanes que les pidieron refugio, hicieron que les vendaran las heridas, dieron ropa a los hombres que carecían de ella y después enviaron a todos a su país”<sup>109</sup>.

En todo caso, poco a poco fue cambiando la preocupación por la suerte de los heridos hasta que aparecieron las primeras tiendas para acogerlos. Son elementos móviles para una primera atención, desde donde los pocos que sobrevivían eran trasladados como anteriormente a conventos o instituciones sanitarias civiles.

Las Cruzadas cambiaron definitivamente la orientación, a buen seguro por la condición noble de un número importante de sus componentes. En esa época surgieron las primeras Órdenes Militares, precisamente para atender a los heridos y enfermos de las Cruzadas. En un principio, su misión primordial era exclusivamente sanitaria: atender a heridos y enfermos y crear hospitales donde aquellos pudiesen recibir asistencia; aunque más tarde adoptaran también funciones combatientes. Hospitalarios, Teutones y Templarios, “debían llevar las

---

<sup>109</sup> REY MARCOS, Francisco y CURREA LUGO, Víctor de: El debate humanitario. Icaria Editorial. Págs. 57 y ss.

cosas necesarias para atender en tierra de moros a los frailes y cristianos que enfermaran”, sustituyendo así a los charlatanes, monjes mendicantes y curanderos, que seguían a las tropas a las que vendían pomadas y otros productos a los que otorgaban poder curativo. Con el tiempo crearon las llamadas Casas de Dios, que tenían el triple carácter de iglesia conventual, hospital y fortaleza<sup>110</sup>. En la misma línea, la Orden de San Juan, estableció en 1099 en Tierra Santa un hospital para dos mil pacientes.

En España destaca la labor que realizó la reina Isabel la Católica, que recibió el título de “*Mater Castrorum*” por su preocupación por los heridos y enfermos. En su época se reorganizó el ejército y por ende sus servicios sanitarios. La creación de un ejército regular acabó con el de mesnadas. El Gran Capitán fundó los llamados “Tercios”, en los que incluyó un médico, un cirujano y varios ayudantes. Pero esto todavía no incluía referencia alguna al lugar para alojar y tratar a los heridos.

La primera instalación de un hospital de campaña que se menciona, por algunos autores, es en la batalla de Toro de 1476, que se desplazó después a Baza, aunque se da por más cierta la del hospital de Málaga en 1487, de donde pasó a Granada. Esta formación sanitaria móvil se denominó “Hospital de la Reina” y para sus traslados se utilizaban cuatrocientos carros cubiertos y fortalecidos de cualquier asalto. Garibay describe la forma de proceder en su Compendio histórico de las crónicas e Historia Universal de España: “No sólo ponía en estas cosas increíble cuidado esta Católica Reina, mas condoliéndose de los que cada día eran heridos y descalabrados y de otros que siempre enfermaban, quedaban a la continua seis tiendas grandes con el nombre de Hospital de la Reina, donde había muchos médicos y cirujanos y todos los medicamentos y cosas necesarias para restaurar la salud de los hombres”<sup>111</sup>.

El protocolo de actuación de la época establecía que los heridos fueran trasladados por los cuadrilleros a los puestos de socorro existentes en el mismo

---

<sup>110</sup> GOMEZ RODRÍGUEZ, Luis: Los hijos de Aesclepio. Asistencia sanitaria en guerras y catástrofes. Repositorio Uned. Tesis. Pág. 100.

<sup>111</sup> Opus cit. Pág. 104.

campo de batalla, desde donde eran evacuados al Hospital de la Reina. Una vez estabilizados, los caballeros continuaban su curación en los castillos y los soldados eran trasladados a las Casas de Dios de las Órdenes Militares.

Finalizada la guerra, el hospital se trasladó a la Alhambra en lo que se entiende como el primer hospital militar de fábrica. De allí, se traslada a Madrid para formar el Hospital de la Corte.

Esta forma de asistencia organizada a los heridos en el campo de batalla que nació con los Reyes Católicos supuso, según Lain Entralgo, el nacimiento de la medicina militar moderna<sup>112</sup>. El modelo español de probada eficacia en la conquista de Granada, fue exportado al resto de los países de nuestro entorno, que sin embargo tardaron en adoptarlo casi cien años.

En Alemania, el emperador Maximiliano organizó su ejército en Regimientos hacia 1550, en cuya plana mayor había un médico al que ayudaban un cirujano-barbero por cada compañía, que a su vez se encargaban de retirar los heridos del campo de batalla, estabilizarlos y transportarlos en ambulancias, auxiliados de soldados sin formación sanitaria. Francia hizo lo propio en 1538, poniendo en cada Banda a un médico, un cirujano y un boticario<sup>113</sup>.

En cuanto a los hospitales fijos, en el siglo XVI, se crearon hospitales estables para atender a las tropas, pero siempre siguiendo el modelo granadino. Fue Carlos I quien fundó en Madrid el Hospital de Nuestra Señora del Buen Suceso, al que siguió en Navarra otro creado por el virrey. Tras el de Jaca y otros similares, Alejandro Farnesio funda en Malinas (Flandes) un hospital destinado a sus tercios, considerado un auténtico centro base atendido por los hermanos de San Juan de Dios y que fue dotado del primer reglamento hospitalario militar en 1585. Su plantilla estaba compuesta por un médico jefe, tres médicos ayudantes,

---

<sup>112</sup> LAIN ENTRALGO, Pedro: Historia de la medicina. Salvat editores. Pág. 385.

<sup>113</sup> Las Bandas eran unidades similares a los Regimientos, integradas en las Legiones creadas por el rey Francisco I en su organización de 1534. Cada Legión se componía de seis Bandas, cada una de unos 1.000 hombres y mandadas por un Coronel.

un cirujano mayor con siete cirujanos a sus órdenes, así como diverso personal auxiliar, enfermeros y mozos de sala.

Además, su estructura se completaba con hospitales de campaña en tiendas, capaces de atender las necesidades primarias de los heridos antes de trasladarlos al principal. El hospital llegó a tener alrededor de trescientas camas en las que recibían atención hospitalaria heridos y enfermos. Los heridos eran sobre todo por espada, pica o bala de arcabuz. En cuanto a las enfermedades, las más comunes eran el mal del corazón (tal vez una neurosis de guerra), la enfermedad incurable (quizá tuberculosis o malaria) y las enfermedades venéreas como “el mal gálico”, y otras<sup>114</sup>.

A su imagen se fundaron nuevas instituciones sanitarias en diversas partes de España. E igualmente el modelo fue utilizado por las tropas francesas, primero en Amiens (1551) y más tarde en Metz (1559) y Rouen (1591). Ahora bien, la creación de ejércitos permanentes en Francia, junto al incremento de las guerras y la sofisticación del armamento, hicieron que poco a poco se superaran las expectativas de mera sanidad de los hospitales, surgiendo la necesidad de convertirlos en centros asistenciales para inválidos y mutilados. No se olvide que hasta el siglo XVI la mortalidad de los heridos en campaña era prácticamente absoluta y que con la implantación de los hospitales el índice de supervivencia mejoró notablemente, dentro naturalmente de los parámetros de la época.

Es, sin embargo, en el siglo XVII cuando los ejércitos comienzan a preocuparse seriamente por los militares que tras sobrevivir a las guerras presentaban secuelas que iban a arrastrar de por vida. Durante el reinado de Luis XIV, en el primer tercio del siglo XVII, aparecen los grandes hospitales militares franceses, como solución al asilo de los soldados inválidos y protección del monarca a sus tropas. En 1604 surge en Lille el Hospital Militar Permanente, que encuentra su réplica en el sur en el Hospital de Bayona de 1644. Tras ello se funda el Hospital de Estrasburgo de 1681. De todos, el más destacable y

---

<sup>114</sup> GOMEZ RODRÍGUEZ, Luis: Los hijos de Asclepio. Asistencia sanitaria en guerras y catástrofes. Repositorio Uned. Tesis. Pág. 118.



grandioso es la Institución para veteranos de guerra en lo que más tarde sería el Hospital General de París. El más claro exponente es el Hotel Royal des Invalides de París, cuyo proyecto se realiza entre 1670 y 1676, inspirado en la monumentalidad del Monasterio de San Lorenzo del Escorial. Los Inválidos, al margen de su inspirada y artística planta, prestaron servicio como enfermería militar hasta el período contemporáneo.

La experiencia española pues, completada por el modelo francés, se exporta al resto de los países entre los siglos XVI y XVII, en los que los monarcas se imbuyen de las ideas asistenciales a heridos y enfermos por causa de la guerra. Prácticamente todos los Estados aprueban por entonces disposiciones sobre asistencia sanitaria en campaña. En cuanto a los hospitales, en Londres se edificó el Chelsea Hospital entre 1682 y 1692 y un hospital especial para inválidos en Greenwich entre 1692 y 1717. Precisamente éste es el primero y más importante hospital hecho en pabellones. De igual forma, en Viena se construye la Casa de los Inválidos en 1686 y en Berlín el Asilo para Inválidos en 1730. Chequia y Rusia levantaron los suyos ya en pleno siglo XVIII, concretamente en 1706, 1718 y 1751.

En España la actividad normativa se plasma en los reglamentos de 1704 y 1706, la Real Orden de 1710, el Real Decreto de 1716, la Real Orden de 1718, el reglamento de 1721, y la Real Orden de 1728. El proceso culmina en 1739 con una reglamentación para hospitales militares aprobada por Felipe V, que es la piedra angular de la Sanidad Militar española. En dicha disposición se regula el funcionamiento de los hospitales militares de cada Ejército en tiempo de paz y la forma de constituir a partir de ellos los correspondientes hospitales de campaña de los Ejércitos en tiempos de guerra<sup>115</sup>.

La protección de los militares heridos en combate es ya una constante. Por fin, en 1780, se redacta el Primer Tratado y Convenio para los enfermos, heridos y prisioneros de guerra de que se tiene noticia. No se olvide que por

---

<sup>115</sup> Opus cit. Pág. 120.

aquella época el noventa por ciento de los heridos en combate morían a los pocos días, víctimas de infecciones, falta de asistencia, hambre, etc. A principios del siglo XIX la mayoría de los heridos propios o ajenos eran abandonados a su suerte en casas particulares o conventos, sin dejar asegurada alimentación ni asistencia sanitaria y normalmente en unas condiciones de salubridad deplorables.

Se hacía pues necesario un acuerdo para proteger en lo posible a esos servidores públicos, por lo que años después, en 1820, se hizo un llamamiento internacional para que todas las naciones firmaran un convenio para reconocer como no enemigos a los combatientes prisioneros, enfermos o heridos y a prestar el apoyo necesario a los hospitales<sup>116</sup>. El intento no tuvo éxito, pero la concienciación fue importante porque ya en la guerra de Crimea de 1853, la tasa de mortalidad de los heridos en combate descendió al sesenta y dos por ciento, aunque en las heridas penetrantes por arma de fuego la tasa siguiera rondando el cien por cien<sup>117</sup>. Incluso en 1863 el código de oficiales sanitarios en tierra prohíbe que en la retirada se abandonen heridos sin prestarles asistencia sanitaria.

## **42.2. LA CREACIÓN DE LA CRUZ ROJA Y LOS CONVENIOS DE GINEBRA**

Más con todo, la regulación de la asistencia sanitaria se debe a la intervención del suizo Henry Dunnant. Dedicado a los negocios, en 1859 se trasladó al Norte de Italia para tratar con Napoleón III, que se encontraba en plena guerra con los austriacos. Por esa razón presencié el final de la batalla de Solferino, una de las más cruentas de la época en la que participaron más de 300.000 hombres, que se destrozaron en una confrontación que se prolongó más de 17 horas y dejó más de 4200 muertos y casi 30.000 heridos y desaparecidos. El horror de la guerra era tal que Dunnant quiso hacer algo por los militares heridos

---

<sup>116</sup> GUILLERMAND, Jean: Contribución de los médicos de los ejércitos a la génesis del derecho humanitario. Revista Internacional de la Cruz Roja, 14. Págs. 323-351.

<sup>117</sup> NAVARRO SUAY, Ricardo: Bajas por armas de fuego y explosivos. Ministerio de Defensa. Pág. 59.

que quedaban en el campo de batalla y allí mismo organizó un servicio de socorro para asistir a los heridos sin distinción de bando.

Años después, en 1862, escribió “Recuerdos de Solferino”, libro en el que relató con todo lujo de detalles la desolación del campo de batalla y, sobre todo, la falta de asistencia sanitaria y las terribles muertes de los heridos que eran abandonados a su suerte sin atención ni consuelo, concluyendo en que la Humanidad y la Civilización requerían imperiosamente la creación de sociedades de socorro a los heridos. Entre otras cosas Dunnant se pregunta en su libro, ¿qué príncipe, qué soberano rehusaría apoyar a tales sociedades, y no sería feliz dando a los soldados de su ejército la absoluta garantía de que, si caen heridos, se les prestará inmediata y apropiada asistencia? ¿Qué Estado no querría otorgar su protección a quienes intenten, así, conservar la vida de ciudadanos útiles? ¿No es perentorio insistir en que se han de prevenir o, por lo menos, aminorar sus horrores, no solamente en los campos de batalla, sino también, y sobre todo, en los hospitales, durante esas tan largas y tan dolorosas semanas para los desdichados heridos?<sup>118</sup>.

El libro caló hondamente en la opinión pública. Su éxito llevó a Gustave Moynier, presidente de la sociedad ginebrina de utilidad pública, a pedir que en su seno se creara un comité que trabajara las propuestas de Dunnant. El llamado Comité internacional de socorros a los militares heridos, más conocido como Comité de los Cinco por estar formado por Moynier y Dunant, además del general Dufour y los médicos Appia y Maunoir, es el antecedente de la actual Cruz Roja Internacional. Su ingente actividad culminó en la convocatoria de una conferencia diplomática internacional a la que asistieron 36 personas en representación de 16 países. Esta concluyó en 1864 adoptando diez resoluciones que constituyen el fundamento de las sociedades de socorros a los militares heridos, embrión de las futuras Sociedades de la Cruz Roja y, más tarde, de la Media Luna Roja<sup>119</sup>.

---

<sup>118</sup> DUNNANT, Henry: Un recuerdo de Solferino. Comité Internacional de la Cruz Roja. Pág. 47.

<sup>119</sup> Disponible en <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/5tdmxa.htm>.

Así pues, la razón de ser de la Cruz Roja fue desde sus inicios la asistencia a heridos y enfermos en las guerras sin distinción de bando. Para Dunnant y por ende el resto del comité, los voluntarios de las sociedades de socorro sólo podrían actuar eficazmente y sin correr el riesgo de ser rechazados por los soldados, si se diferenciaban de los simples civiles y de los militares combatientes mediante un signo distintivo, quedando además así protegidos durante los combates. Es éste el concepto de la neutralización de los servicios sanitarios y de los enfermeros voluntarios que se recoge en los Convenios de Ginebra, que como veremos más adelante, articulan un estatuto de protección de los heridos y del personal sanitario para que los primeros puedan ser atendidos sin cortapisas. Es pues y en definitiva la evolución lógica del pensamiento que inspiró la aparición del *ius in bellum* que ya hemos comentado.

Con la aprobación y entrada en vigor de los convenios, el amparo de los combatientes heridos ha derivado al de todos los no combatientes, esto es, civiles y personas con especial protección, evolucionando el Derecho de los conflictos armados al más amplio concepto de Derecho humanitario, aplicable a guerras, catástrofes y otras situaciones de emergencia. Respecto a la concreta atención a los heridos, el estado de la técnica y la facilidad y rapidez de los transportes y las comunicaciones ha mejorado ostensiblemente en los últimos tiempos, de forma que hoy día es protocolo general en los ejércitos más modernos del mundo que la recogida, estabilización, transporte y atención especializada en zona de operaciones, se complementa con la evacuación de los heridos a los distintos territorios nacionales para su tratamiento en grandes hospitales.

Y ello sin olvidar que la asistencia a heridos es una de las principales preocupaciones de todos los ejércitos de los países de nuestro entorno, y que la colaboración sanitaria de los ejércitos aliados es absoluta. Tan importante es, que no tiene nada de extraño que la recogida y estabilización de un herido la realicen los sanitarios de un país, la atención especializada la hagan los de otro y el traslado a territorio nacional lo lleven a cabo los de un tercero. Todo ello ha incidido de forma notable en el descenso de la tasa de mortalidad.

### 42.3. EL DESAMPARO DE LOS HERIDOS Y LA UTILIZACIÓN DE LA CIENCIA MÉDICA COMO ARMA EN LOS CONFLICTOS BÉLICOS

Del mismo modo que desde tiempos inmemoriales se ha procurado cuidado y atención sanitaria a heridos, enfermos y prisioneros, la tentación de utilizar el acto médico para humillar al enemigo, torturarlo y diezmarlo, viene de muy atrás. Ya la tradición hipocrática exigía al médico no utilizar su ciencia y su arte para hacer daño (principio de no maleficencia), pero tal mandato ha sido reiterada y sistemáticamente violado en el transcurso de los conflictos armados. Dice Gómez Ulla que en Grecia los beneficiarios de la cirugía que se practicaba en el entorno de sus ejércitos eran los combatientes propios, pues los heridos enemigos eran literalmente pasados a cuchillo<sup>120</sup>. De igual modo, los antiguos bretones mataban a heridos y prisioneros con técnicas crueles. Por lo general, en la antigüedad unos y otros se consideraban prácticamente despojos humanos a los que se podía matar, vender o explotar a voluntad, con lo que si a los heridos se les curaba era para obtener un beneficio, nunca por razones de humanidad.

En la Edad Media, la ética cristiana cambió la orientación, de forma que el enemigo no combatiente, herido, enfermo o prisionero, pasó a ser destinatario de la generosidad del vencedor, aunque ciertamente una vez curado el herido pasaba a ser prisionero y como tal podía ser redimido del cautiverio mediante el pago de un rescate<sup>121</sup>. La tendencia general por tanto cambió, aunque las desatenciones a heridos contrarios fueran constantes. Eso sí, las ideas avanzaban hacia su protección. En este sentido, un texto de 1581 afirma que “en cuanto a los heridos y enfermos, su intención es que se beneficien, cuando estén mejor, de las mismas ventajas que sus compañeros y que se dé a unos y otros pasaportes y escoltas, para conducirlos hasta que estén fuera de peligro”<sup>122</sup>.

---

<sup>120</sup> GÓMEZ ULLA, Mariano: Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina. Instituto de España. Pág. 9.

<sup>121</sup> MELO MORENO, Vladimir: Identidades 11: sociales. Norma. Pág. 131.

<sup>122</sup> REY MARCOS, Francisco y CURREA LUGO, Víctor de: El debate humanitario. Icaria Editorial. Pág. 58.

Y avanzando en el tiempo, Rousseau llegó a afirmar que la guerra es una relación de Estado a Estado, en el que los enemigos lo son sólo de manera accidental, de tal modo que los soldados son enemigos sólo mientras empuñan las armas y una vez que las deponen se convierten en simples ciudadanos de cuya vida nadie tiene derecho a disponer<sup>123</sup>.

Más con todo, la práctica dominante era atender a los heridos propios y dejar a los del enemigo, procurando que incluso fueran una carga para ellos, hasta el punto de que el Barón Rogniat recomienda como estrategia hostigar al enemigo en retirada para que se vea forzado a abandonar a su suerte a heridos y enfermos en los malos caminos y desfiladeros, recomendando así una utilización táctica de su sufrimiento incluso en la huida, algo que desde luego no casa con la moral cristiana imperante en los países de nuestro entorno<sup>124</sup>.

Aunque la causa más corriente de desatención a heridos y enfermos de las fuerzas enemigas es dar prioridad a la asistencia a las propias desechando el criterio de urgencia, tradicionalmente han existido otros motivos no menos rechazables. Entre ellos pueden señalarse la obtención de una ventaja militar, la simple venganza o la de ahorrar suministros médicos para su uso con el personal de los ejércitos amigos.

Otras veces la desatención se debe a motivos políticos, religiosos o étnicos, o incluso por el robo de equipamientos en hospitales y centros asistenciales de primera línea. Los Convenios de Ginebra, que más tarde estudiaremos en detalle, han intentado poner fin a este tipo de situaciones, instaurando precisamente el criterio de la urgencia sanitaria como prioritario en la atención a heridos y enfermos. Observadores de organizaciones internacionales, principalmente del Comité Internacional de la Cruz Roja, y medios de comunicación, procuran velar por la aplicación de las normas, aunque en la mayor parte de los conflictos armados se describan transgresiones a las mismas.

---

<sup>123</sup> ROUSSEAU, Jean Jacques: El contrato social. Edición de M<sup>a</sup> José Villaverde. Itsmo. Pág. 51.

<sup>124</sup> ROGNIAT, BARON DE: Consideraciones sobre el arte de la guerra, traducidas y ampliadas por Juan de la Carte. Juan. Imprenta de Eusebio Aguado. Pág. 304.

Con todo, la desatención a los heridos de los enemigos no es ni mucho menos el peor acto en el que puede verse envuelta la profesión sanitaria en un conflicto armado. La ciencia médica se ha utilizado profusamente en la guerra biológica, en torturas y en la experimentación con humanos, de tal modo que históricamente es raro el conflicto armado en el que no han existido actos médicos execrables, destinados a cambiar el curso de la guerra o cuando menos inclinar el triunfo de una batalla de uno u otro lado.

La guerra biológica entendida como uso intencionado de virus, bacterias, hongos, parásitos o toxinas procedentes de agentes vivos con la finalidad de causar muerte o enfermedad en el hombre, animales o plantas, no es algo propio de nuestros días. Ya en el siglo VI a. de C., los asirios envenenaban pozos enemigos con desechos pútridos y hongos. Solón de Atenas envenenó los suministros de agua durante el sitio de *Krissa* con plantas de efecto purgante (eléboro). En el siglo IV los escitas envenenaban sus flechas con sangre y restos de cadáveres en descomposición. Y en el año 184 A de C, las fuerzas de Aníbal arrojaban recipientes llenos de serpientes contra las huestes del rey Eumenes de Pergamon.

La utilización de cadáveres para contaminar aguas y propagar enfermedades ha sido profusa. Desde el emperador Barbarrosa en 1155 a los mongoles en 1340 o los usitas en 1422, han sido muchos los combatientes que se han servido de tal técnica para diezmar al enemigo. Por no hablar de la distribución de mantas y ropas de enfermos de viruela o fiebre amarilla o el anegamiento de tierras para difundir el paludismo en el siglo XVIII. Es decir, con mayores o menores conocimientos científicos, los hombres han usado siempre armas biológicas en las guerras, aunque ha sido en el siglo XX cuando mayores estragos han causado.

Aunque ya en 1916 hubo finlandeses que inocularon ántrax a caballos rusos, fue sin duda en la I Guerra Mundial cuando comenzó la utilización en serie de las armas biológicas y químicas. Y tal fue su éxito que tras la contienda varios ejércitos pusieron en marcha programas de guerra bacteriológica, cuyos

resultados se vieron en la Segunda Guerra Mundial, en la que se tiene certeza de que los contendientes de uno y otro bando la usaron puntualmente y dedicaron recursos económicos y medios humanos y materiales a su investigación.

En esta guerra se utilizaron entre otros *B.anthraxis*, *Y.pestis*, *F.tularensis*, *Alphavirus* y *Salmonella*. Como ejemplo baste decir que en 1942 el ejército inglés probó los efectos de bombas de carbunco en la isla de Gruinard, llamada desde entonces *anthrax island*. No se declaró descontaminada hasta 1999 y aún hoy día sigue deshabitada.

Ahora bien, pese a este avance funesto de la guerra biológica, el verdadero horror de la Segunda Guerra Mundial estuvo en la utilización del acto médico para experimentos humanos y asesinatos en masa. Porque la participación de médicos y otros profesionales sanitarios en el genocidio es indiscutible.

#### **42.4. LA EXPERIMENTACIÓN MÉDICA Y EL GENOCIDIO EN LA SEGUNDA GUERRA MUNDIAL**

Dice el Premio Nobel de la Paz Elie Wiesel, que durante el período que él llama “La Noche”, en ciertos lugares se practicó la medicina no para sanar sino para infligir dolor, no para combatir la muerte sino para administrarla<sup>125</sup>.

Mucho se ha escrito sobre las atrocidades cometidas por los nazis en la Segunda Guerra Mundial. La literatura científica, jurídica y ética, es tan abundante como millones los muertos por esa causa. Siempre que nos referimos al genocidio aludimos a todos aquellos horrores, dejando un poco de lado los llevados a cabo en prolegómenos de la barbarie, que se tradujeron en las prácticas eugenésicas y eutanásicas realizadas entre los años 1939 y 1941, en territorio alemán y con alemanes. Hitler y su lugarteniente Himmler, pusieron en marcha el llamado

---

<sup>125</sup> WIESEL, Elie: Sin conciencia (Without Conscience). En The New England Journal of Medicine. Abril 2005. Pág. 1511.



Aktion T4, programa de eutanasia para eliminar niños con malformaciones, discapacitados psíquicos, enfermos mentales o adultos inválidos o necesitados de asistencia. Dirigido por el traumatólogo Karl Brandt, amigo personal de Hitler, se estima que la aplicación del programa sirvió para asesinar entre 200.000 y 275.000 personas, cuya vida según la filosofía del plan era indigna de vivirse. El programa fue tan agresivo con los enfermos mentales que el profesor Wurth, jefe del ala de psiquiatría del hospital de la Wehrmacht, llegó a preocuparse no de los enfermos, sino del futuro de la especialidad si no iban a quedar pacientes a los que tratar<sup>126</sup>.

Lo verdaderamente deleznable fue la participación de los médicos alemanes. En Alemania había una comunidad médica judía importante, que alcanzaba al 16 por ciento del cuerpo médico. Del resto, el 44 por ciento se afilió al partido nazi. Pero aun así, la práctica totalidad de los facultativos conocían las prácticas que se estaban llevando a cabo y las silenciaron o no alzaron su voz contra ellas. Unos pocos participaron activamente en las atrocidades, pero la mayoría callaron. Tanto es así que el programa Aktion T4 no terminó porque los médicos se opusieran a él, sino porque el obispo de Münster, Clemens Von Galen, lo denunció en su púlpito en septiembre de 1941.

El programa incluyó la creación de un registro oficial de enfermedades hereditarias y congénitas, para lo cual los médicos estaban obligados a informar de todo nacimiento de inválidos o deformes. Se crearon comisiones y tribunales especiales, compuestos por un juez y como mínimo dos médicos (uno o dos pediatras y un psiquiatra) que analizaron cien casos diarios. Y en ese proceso colaboraron médicos y enfermeros.

Con el comienzo de la Segunda Guerra Mundial creció drásticamente la presión para eliminar a los enfermos mentales crónicos e incurables. El Ejército necesitaba camas hospitalarias, y los psiquiatras no opusieron resistencia. Los enfermos mentales esperaban desnudos para ser ejecutados en una habitación

---

<sup>126</sup> Opus cit. Pág. 1512.

camuflada como lavandería. La tarea de abrir la válvula de un depósito de monóxido de carbono correspondía a un psiquiatra.

Además de éste se utilizaron otros métodos más discretos pero igualmente eficaces como la esterilización, inyecciones letales, desnutrición o inyecciones de dosis bajas de barbitúricos que favorecían la aparición de una neumonía que generalmente era terminal. Los médicos del programa emitían certificados de defunción falsos con los que se informaba a la familia que habían fallecido de causa natural.

La matanza de enfermos mentales, extendida también a pacientes crónicos sin esperanzas de tratamiento efectivo, fue pues una eutanasia masiva de alemanes, llevada a cabo por su propio gobierno con una relativa discreción<sup>127</sup>.

Otra práctica execrable de aquella época fue la experimentación con humanos. De ésta, lo primero que hay que decir es que ni fue una práctica exclusiva de la Alemania nazi, ni se acabó al final de la guerra. Hay mil y un ejemplos. En Estados Unidos la experimentación con esclavos negros fue habitual en el siglo XIX. Así, el doctor Thomas Hamilton metió un esclavo en un horno para estudiar los efectos de la hipertermia. O el mismísimo Ephrain MacDowel, padre de la cirugía ginecológica, que antes de extirpar un tumor en ovario a una paciente blanca lo había hecho con cuatro esclavas negras. Famosa es, en fin, la sentencia del juez Holmes de 1927, que permitió la esterilización involuntaria de una deficiente embarazada, hija a su vez de otra deficiente, plasmando en su resolución: “con tres generaciones de imbéciles basta”.

Con todo, la experimentación con humanos llevada a cabo por los nazis no tuvo parangón. Vivien Spitz, taquígrafa en los juicios de Nuremberg, describió en toda su crudeza los espeluznantes relatos que de ellos se hicieron en la vista oral del Caso Médico o Caso nº 1, proceso seguido por un Tribunal Especial de Estados Unidos a los médicos del Tercer Reich celebrado en Nuremberg entre

---

<sup>127</sup> SHERIST, Moshe: Medicina en la era Nazi. Yad Vashem. Escuela Internacional de Estudios del Holocausto. Disponible en <http://www.yadvashem.org/>.

1946 y 1947, inmediatamente después del gran proceso a los principales dirigentes nazis. Tal fue el horror que vivió haciendo su trabajo en las pruebas testificales, que después de volver a su país sufrió durante más de tres años terribles pesadillas<sup>128</sup>.

En el Caso Médico se juzgó a veinte médicos, entre ellos el ya citado Karl Brandt, el presidente de la Cruz Roja alemana o los jefes de los servicios médicos de las Waffen SS, Luftawfle, SS, Fuerza Aérea, y tres auxiliares no facultativos, el jefe de administración de la Cancillería, el secretario personal de Himmler y el director de Ahnenerbe<sup>129</sup>. Los delitos que se les imputaron fueron conspiración, crímenes de guerra, crímenes contra la humanidad y pertenencia a organización delictiva, todo ello por instigar, ordenar, participar de forma consciente y voluntaria en experimentos médicos sin el consentimiento de los sujetos y –según la acusación– con los que los acusados cometieron asesinatos, vejaciones, torturas, atrocidades y otros actos inhumanos.

Entre los experimentos que quedaron probados que fueron realizados por los acusados están los siguientes:

- Experimentos sobre resistencia a altitudes elevadas, realizados con cámaras hiperbáricas en las que sus ocupantes eran sometidos a presiones de altura de incluso veinte mil metros.
- Experimentos de congelación. Las víctimas eran colocadas en un tanque de agua helada por espacios de hasta tres horas.
- Experimentos sobre exposición a malaria, hepatitis, tifus y tuberculosis.
- Experimentos con gas mostaza y fósforo. Se practicaban incisiones a las víctimas, para luego infectarlas con estos gases. Y también se

---

<sup>128</sup> SPITZ, Vivien: Doctores del infierno. Tempus. Pág. 308.

<sup>129</sup> La Ahnenerbe, o sociedad de estudios para la historia antigua del espíritu, fue un organismo creado en el seno de las SS para fomentar un sentimiento ultranacionalista en Alemania. Su labor de enaltecimiento y difusión de los valores arios estaba destinado a exaltar en la sociedad el sentimiento de sentirse alemán, mediante la demostración pseudocientífica de pertenencia a una raza superior.

aplicó directamente a la persona fósforo y otros elementos usados en guerra química.

- Experimentos con sulfanilamida aplicada a heridas incisas realizadas previamente, que eran infectadas con estreptococos o tétanos, o en las que se introducían virutas de madera y cristal molido.
- Experimentos sobre regeneración de huesos, músculos y nervios y trasplante de huesos. Se extirparon fragmentos de huesos, músculos y nervios para analizar la regeneración de tejidos.
- Experimentos con venenos. Se ponía veneno en la comida de las víctimas o se disparaba con balas impregnadas en él.
- Experimentos genéticos y raciales. Los experimentos con gemelos, mellizos y enanos tenían por objeto la duplicación y pureza de la raza aria. Mengele realizó en el campo de prisioneros de Auschwitz múltiples pruebas con ellos, desde biopsias de diferentes órganos sin anestesia a extirpación de órganos o extremidades, castración o cirugías de cambio de sexo, pruebas con agentes físicos, químicos y psicológicos<sup>130</sup>.

No olvidamos evidentemente el genocidio que supuso la llamada por los nazis Solución Final. El exterminio de los judíos fue sin duda el mayor asesinato en masa de la humanidad, algo tan horrendo y estremecedor que merece ser citado, aunque no guarde relación tan directa e inmediata con la comunidad sanitaria como la eutanasia y los experimentos.

En todo caso, se calcula que fueron unos doscientos los médicos nazis que participaron en las investigaciones no éticas, que utilizaron de forma perversa la ciencia, la tecnología, las leyes y sus propios conocimientos.

Frente a esta barbarie, a esta negación de la ética médica, y para recobrar la esperanza en la verdadera filosofía asistencial que debe mover y mueve a la mayoría de los médicos, Wiesel nos propone pensar en los otros

---

<sup>130</sup> SPITZ, Vivien: Doctores del infierno. Tempus. Págs. 92-93.

médicos de la Segunda Guerra Mundial, los médicos-víctimas. Aquellos que en los campos de concentración, sin fármacos ni instrumental, intentaron aliviar el sufrimiento y la desgracia de sus compañeros de cautiverio, a veces a costa de la propia salud o de la vida. Para ellos dice, cada ser humano representaba no una idea abstracta, sino un universo, con sus secretos, sus tesoros sus fuentes de aflicción y sus flacas posibilidades de vencer aunque fuera fugazmente a la muerte y sus acólitos. “En un universo inhumano, ellos siguieron siendo humanos”<sup>131</sup>.

El proceso a los médicos terminó con la sentencia de 20 de julio de 1947. En ella, además de condenar a muerte a siete de los imputados y establecer penas de prisión para casi todos los demás –sólo 7 de los 23 acusados fueron declarados inocentes de los cargos--, estableció diez pautas para determinar cuándo es permisible la experimentación médica. De ellas seis fueron aportadas por el doctor Leo Alexander y cuatro resultaron incorporadas por el Tribunal.

Al conjunto se le conoce como Código de Nuremberg y son las siguientes:

1. En el experimento es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano.
2. El experimento debe dar resultados provechosos para el beneficio de la sociedad, y no puede obtenerse por otros métodos o medios.
3. El experimento debe basarse en los resultados de experimentación con animales, de tal forma que los resultados previos justificarán la realización del experimento.
4. El experimento debe ser realizado de tal forma que se evite todo sufrimiento físico y mental innecesario y todo daño.
5. No debe realizarse ningún experimento cuando exista una razón a priori que lleve a creer el que pueda sobrevenir muerte o lesión irreparable.

---

<sup>131</sup> WIESEL, Elie: Sin conciencia (Without Conscience). En The New England Journal of Medicine. Abril 2005. Pág. 1513.

6. El grado de riesgo que ha de ser tomado no debe exceder nunca el determinado por la importancia humanitaria del problema que ha de ser resuelto con el experimento.
7. Deben realizarse los preparativos necesarios para proteger al sujeto de experimentación contra posibilidades, incluso remotas, de daño corporal, incapacitación o muerte.
8. El experimento debe ser realizado únicamente por personas científicamente cualificadas.
9. Durante el curso del experimento el sujeto humano debe tener la posibilidad de interrumpirlo.
10. En cualquier fase del experimento el científico responsable tiene que estar preparado para terminarlo, si tiene causas fundadas para creer que con toda probabilidad la continuación del experimento causará daño, discapacidad o muerte del sujeto.

El Código supuso el cambio de la posición institucional y judicial hacia la experimentación con humanos. Hasta entonces los abusos se justificaban en la baja condición de los seres utilizados y en el beneficio que obtenían la ciencia por un lado y la sociedad por otro. Fue necesario que se produjeran los hechos horribles que hemos descrito, para que el mundo se diera cuenta de que la experimentación también tenía unos límites que no se pueden traspasar, que todos tienen derecho a ser tratados dignamente y que ningún avance científico puede justificar la muerte, el maltrato o la simple causación de daño a cualquier hombre, sea cual sea su raza o condición.

#### **42.5. LOS CONFLICTOS RECIENTES**

Tras la Segunda Guerra Mundial han tenido lugar numerosos conflictos armados, en los cuales para la atención a heridos y enfermos se han seguido fundamentalmente los dictados de los Convenios de Ginebra. Desde la guerra civil de Grecia en 1946, a los recientes conflictos de Siria y Ucrania, pasando por

las guerras de Corea, Vietnam, de los Seis Días, Ruanda, Irak, Bosnia o Sudán, los ejércitos del mundo han librado mil y una batallas, cada vez más sofisticadas. La atención a los heridos por lo general ha mejorado, del mismo modo que se ha incrementado el despliegue de medios sanitarios en las zonas de operaciones.

A ello ha contribuido decisivamente el CICR, que mantiene presencia en prácticamente todos los conflictos, en los que entre otras funciones, insta a los países contendientes a adoptar medidas de respeto a los derechos de heridos, enfermos y personal sanitario.

Igualmente importante ha sido la labor de la comunidad internacional, que a través de la ONU y otras organizaciones internacionales y regionales, ha destacado personal y medios para contribuir a la atención sanitaria de heridos y enfermos militares y civiles, sin olvidar el concurso de observadores que se encargan de vigilar el respeto a las leyes y usos de la guerra.

Más si la tarea de unos y otros es complicada en guerras entre Estados, mucho más lo es cuando se trata de conflictos armados internos, en los que el odio y la participación de milicias y grupos no integrados en fuerzas armadas de países organizados, hacen que las violaciones de los convenios sean constantes. Timor Oriental, Ruanda, Somalia, Congo, Liberia, Bosnia o Kosovo, son ejemplos de estas contravenciones. En todos ellos la guerra civil dejó ejemplos de violaciones de los Convenios de Ginebra sobre trato a heridos y las dificultades de los profesionales sanitarios por atenderlos.

Los conflictos más recientes muestran igualmente que las guerras internas son menos respetuosas con los heridos. En 2013 en Siria fueron continuos los llamamientos de las organizaciones humanitarias para que se permitiera la asistencia médica y humanitaria y la evacuación de heridos de la cercada ciudad de Alepo por las fuerzas gubernamentales de Basar al Assad, por cierto oftalmólogo militar de profesión. Hoy, el terror establecido por el Estado islámico incluye el maltrato sistemático a heridos y prisioneros, que cuando no son asesinados impunemente, mueren por falta de asistencia médica.

En Sudán del Sur, el país más joven del mundo, las cosas no son mucho más fáciles. Un cooperante de Médicos sin Fronteras escribía recientemente en El País que las diferencias y rencores que existen entre *dinkas* y *shillukshace* son tales, que los enfermos no están seguros ni siquiera en hospitales custodiados por Naciones Unidas<sup>132</sup>. Del mismo modo, Médicos sin Fronteras también alertó de los ataques a hospitales en Ucrania, que culminaron con el bombardeo de un centro en Donetsk que causó cinco muertos<sup>133</sup>.

En Colombia, el CICR informa que el conflicto, que dura más de cincuenta años, está dejando a los heridos, enfermos y personas con discapacidad en una situación grave. Los primeros, con frecuencia, tienen dificultades para llegar hasta donde puedan recibir atención. Los segundos, además de tener limitaciones de personal asistencial o equipos inadecuados, suelen encontrar imposible entrar en barrios o zonas rurales controladas por grupos armados. Además, el CICR registró durante 2014 un alto nivel de ataques o bloqueos contra la Misión Médica, es decir, los servicios de salud civiles. La Institución conoció 52 hechos, incluidos los asesinatos de tres pacientes mientras recibían atención médica en Antioquia y Norte de Santander, así como el de un profesional sanitario en Antioquia<sup>134</sup>.

Al hilo de esto último parece interesante destacar que los ataques y actos de violencia contra el personal sanitario en conflictos armados son igualmente frecuentes. El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) ha documentado nada menos que 2398 incidentes entre enero de 2012 y diciembre de 2014, llegando a la conclusión de que más del 50 por ciento de ellos se produjeron dentro o en las proximidades de instalaciones de salud, que un total de 1134 profesionales fueron amenazados u obligados a violar la ética médica o a prestar atención en

---

<sup>132</sup> DE LA OSADA, A.: Ya llegan de nuevo las balas. El País, número de 25 de mayo de 2015.

<sup>133</sup> EFE, Agencia: Noticia de 4 febrero 2015. Disponible en <http://www.efe.com/efe/america/mundo/entre-civiles-muertos-por-bombardeo-varios-edificios-donetsk/20000012-2527814>.

<sup>134</sup> COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA: Colombia: situación humanitaria. Acción 2014 y perspectivas 2015. Pág. 21.



forma gratuita y que más de 700 vehículos sanitarios fueron atacados u obstruidos directa o indirectamente<sup>135</sup>.

Estos datos nos llevan a la inequívoca conclusión de que también en los conflictos más modernos, pacientes y profesionales se ven sometidos a las tensiones del momento, los caprichos de quienes dirigen los conflictos y hasta los odios y las ansias de venganza de los combatientes, que no dudan en violar los convenios internacionales si con ello obtienen un beneficio.

Pero aun así, el progreso que ha supuesto la Convención de Ginebra es mayúsculo. En un momento de inestabilidad como el actual, en que la amenaza de destrucción se cierne sobre el modo de vida occidental, los convenios son la garantía de la protección de los heridos y de quienes le asisten. Son por tanto una de las piedras angulares sobre la que gira el Derecho Internacional Humanitario (DIH), y ello con independencia de que, con posterioridad, la ONU haya seguido profundizando en la regulación de las crisis humanitarias con la elaboración de convenios no exclusivamente aplicables a los conflictos armados, como los relativos al genocidio, la tortura, los mercenarios o la protección de los niños, así como resoluciones sobre temas relacionados con ellos, como las persecución de personas que hayan cometido crímenes de guerra y contra la humanidad, prohibición de usar represalias armadas contra civiles, de usar armas químicas y bacteriológicas o de uso de técnicas de modificación del medio ambiente con fines militares. Por eso, la convención sigue siendo el mejor instrumento jurídico para garantizar el respeto a quienes ya no son combatientes o a los que nunca han participado en las hostilidades<sup>136</sup>.

---

<sup>135</sup> COMITÉ INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA: Boletín Asistencia de salud en peligro. Enero-junio 2015. Pág. 3.

<sup>136</sup> RAMÓN CHORNET, Consuelo: El 50 aniversario de los Convenios de Ginebra y los conflictos armados en un mundo inestable. En Problemas actuales del Derecho Internacional Humanitario: V Jornadas de Derecho Internacional Humanitario. Universidad de Valencia. Pág. 176.

#### 4. LA CONVENCION DE GINEBRA

Como ya hemos visto, el Derecho Internacional viene ocupándose desde antiguo de la atención a heridos y enfermos en combate. Con ello, como dicen Kalshoven y Zegveld, no se ha pretendido nunca hacer de la guerra una actividad de buen tono, sino mitigar el sufrimiento que causa, impidiendo que las partes en un conflicto armado actúen con una crueldad ciega e implacable, y proporcionando protección a quienes más lo necesitan, sin que por ello la guerra deje de seguir siendo el fenómeno aterrador que siempre ha sido<sup>137</sup>.

Y entre esos instrumentos de la comunidad internacional está la Convención de Ginebra. Herederos de los tratados bilaterales para la protección de heridos del siglo XVIII, los Convenios de Ginebra surgieron a iniciativa del Comité Internacional de Socorros a los Militares Heridos o Comité de los Cinco, que más tarde se convertiría en el actual Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), que promovió que el Gobierno suizo convocara la primera conferencia internacional a la que asistieron 16 países. En esa primera conferencia, celebrada en 1864, se aprobó el convenio para la mejora de la condición de los heridos y enfermos de los ejércitos en campaña, que es el punto de partida del Derecho de Ginebra para la protección a las víctimas, que ha tenido tanto recorrido y tanto ha hecho por la supervivencia de los que caen heridos en los campos de batalla y por el reconocimiento de quienes se dedican a salvarlos de una muerte segura.

En sus diez artículos, el Convenio de 1864 fija con toda claridad el estatuto jurídico de la asistencia humanitaria, compuesto por normas permanentes escritas, de carácter universal y abiertas a todos los Estados, que básicamente proclaman la obligación de prodigar cuidados a todos los militares heridos y enfermos sin discriminación, así como el respeto al personal, vehículos, material y equipamientos sanitarios, a través de una identificación (Cruz Roja).

---

<sup>137</sup> KALSHOVEN, Frits y ZEGVELD, Liesbeth: Restricciones en la conducción de la guerra. Introducción al derecho internacional humanitario. Pág. 12.

Igualmente, el Convenio introdujo los principios de humanidad, imparcialidad e inviolabilidad de personal e instalaciones sanitarias.

Al Convenio de 1864 le siguió otro aprobado en 1906 para mejorar la suerte de los heridos y enfermos de los ejércitos en campaña, que abundando en sus objetivos amplió el ámbito de actuación a los militares y las demás personas agregadas oficialmente a los ejércitos, incluyendo por tanto a los civiles al servicio de las administraciones militares. Por su parte, la Segunda Conferencia de Paz celebrada en La Haya al año siguiente, aprobó otro convenio para adaptar a la guerra marítima los principios del Convenio de Ginebra de 1906<sup>138</sup>.

Tras la Primera Guerra Mundial las organizaciones humanitarias con la Cruz Roja al frente, pusieron de manifiesto la necesidad de reformar los convenios para resolver los problemas asistenciales que aún latían y que ya concretaban en la asistencia a prisioneros, civiles y víctimas de conflictos internos o guerras civiles. Fruto de todo ello, en 1929 se aprobaron nuevas versiones de los dos Convenios existentes, suscribiéndose uno nuevo para mejorar la atención a los prisioneros de guerra. La protección a civiles quedó en puertas precisamente por el estallido de la Segunda Guerra Mundial, cuyos efectos conmocionaron al mundo de tal manera que en 1949 se aprobaron los Convenios en la formulación que hoy conocemos, añadiéndose el cuarto para la protección debida de civiles en tiempo de guerra.

Los cuatro convenios se completan con tres Protocolos Adicionales, dos sobre protección a víctimas y un tercero sobre adición de un nuevo signo distintivo.

La Convención de Ginebra forma con la de la Haya un cuerpo de Derecho, el Derecho de la Guerra, que en los años 50 del pasado siglo cambió su denominación por la más amplia de Derecho de los Conflictos Armados, que es el conjunto de normas internacionales e internas, que tienen por objeto proteger a

---

<sup>138</sup> ABRISKETA, Joana: Derechos humanos u acción humanitaria. Alberdania S.L. Págs. 46-48.

las víctimas de las crisis internas o externas que cursan con violencia, dando así al concepto un ámbito de aplicación más extenso que el de la guerra.

Hoy día se le ha dado una vuelta más, y ya se habla de Derecho Internacional Humanitario (DIH), de ámbito es mucho más extenso que el de los conflictos, tanto que se confunde con los derechos humanos, y que comprende desde la asistencia a las víctimas de guerras, a las necesitadas de ayuda por causas distintas a confrontaciones como catástrofes, epidemias, etc. En ambos casos, se trata de normas jurídicas inspiradas en el sentimiento de humanidad y en la protección de la persona.

De esta forma, el DIH dicta normas para la protección de las víctimas de los conflictos armados y la regulación de los métodos y medios de combate, articulándose en dos ramas distintas pero complementarias: el Derecho de Ginebra, cuyo objetivo es proteger a las personas que no participan o han dejado de participar en las hostilidades y el Derecho de La Haya, por el que se determinan los derechos y las obligaciones de los beligerantes en la conducción de las operaciones militares y los límites a la elección de los medios para perjudicar al enemigo.

Así pues, puede decirse que el DIH tiene un triple objetivo,

- Protección de las personas: heridos, enfermos, civiles, personal sanitario, religioso, periodistas.
- Restricción de uso de determinadas armas, métodos y tácticas militares.
- Protección de bienes sin interés militar, especialmente culturales y religiosos.

#### **4.1. LOS CONVENIOS Y PROTOCOLOS ADICIONALES**

##### **4.1.1. I Convenio de 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña**

Es la cuarta versión del Convenio de 1864 y se dirige a proteger a las víctimas militares de los conflictos mediante su asistencia sanitaria y humanitaria sin distinción de bando o de empleo militar y en condiciones dignas.

Se aplica en caso de guerra declarada o de cualquier otro conflicto armado que surja entre las partes contendientes, aunque una de ellas no haya reconocido el estado de guerra, y en caso de ocupación total o parcial del territorio, haya o no resistencia.

Con carácter general, el Convenio determina que los miembros de las fuerzas armadas que estén heridos o enfermos tienen que ser respetados y protegidos en todas las circunstancias sin distinción de nacionalidad, prohibiendo los atentados contra la vida y la integridad corporal, la toma de rehenes, los atentados contra la dignidad personal, la tortura, el abandono premeditado, las condenas dictadas y las ejecuciones sin previo juicio ante tribunal legítimo y con garantías judiciales. Los heridos y los enfermos serán recogidos y asistidos, puntualizándose además los datos que han de proporcionarse acerca de los heridos capturados, así como los deberes para con los muertos.

El mismo respeto alcanza a personal e instalaciones sanitarias protegidas por la Cruz Roja sobre fondo blanco como signo de inmunidad, así como a los habitantes y a sociedades de socorro que intervengan en el conflicto asistiendo a heridos y enfermos. En lo relativo al material sanitario, es significativo señalar que el Tratado reconoce que las aeronaves sanitarias puedan sobrevolar los países neutrales. Asimismo, tiene dos anexos que contienen un proyecto de acuerdo sobre las zonas y las localidades sanitarias y un modelo de tarjeta de identidad para el personal médico y religioso.

Además, en todos los conflictos cada parte puede nombrar una potencia protectora o un organismo que ofrezca garantías de imparcialidad, para ocuparse de salvaguardar sus intereses.

El Convenio pues, mantiene los principios fundamentales de las versiones anteriores, aunque añadiendo puntualizaciones en la práctica totalidad de su contenido, principalmente para adaptar sus prescripciones a la guerra moderna<sup>139</sup>.

#### **4.1.2. II Convenio de 12 de agosto de 1949 para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar**

El Convenio es la revisión y actualización del X Convenio de La Haya de 1907 y supone la adaptación del I Convenio a la guerra marítima. Con sus mismos principios, protege a las mismas personas, aunque reconoce una nueva categoría de víctima que añade a la de herido y enfermo, el náufrago.

La primera nota característica que encontramos es que aunque con carácter general se aplica a militares, el artículo 13 extiende sus beneficios a las tripulaciones de la marina mercante en aquello que le que sea más favorable, es decir, cuando sus disposiciones específicas se quedan más cortas que el convenio.

Otra nota específica es la regulación de los buques hospitales y otras embarcaciones de socorro, que son navíos dedicados exclusivamente a labores de atención a heridos, enfermos y náufragos, sin distinción de nacionalidad. No pueden estorbar los movimientos de los combatientes y tampoco pueden ser utilizados con finalidad militar. Durante y tras el combate actuarán por su cuenta y riesgo. Todos han de estar pintados de blanco en sus superficies exteriores y llevarán una o varias cruces rojas oscuras en cada lado del casco y en las superficies horizontales para garantizar la mejor visibilidad desde el aire y en el

---

<sup>139</sup> COMITÉ INTERNACIONAL CRUZ ROJA: Los convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949. CICR. Pág. 23-24.

mar. Los barcos hospitales y sus botes salvavidas izarán su bandera nacional y si son neutrales la bandera de la parte en conflicto cuya dirección hayan aceptado, y en el palo mayor, lo más arriba posible, una bandera blanca con la cruz roja. Además, cuando estén en un puerto que caiga en poder del enemigo, tendrán autorización para salir de él y permanecer en puerto neutral<sup>140</sup>.

Las partes en conflicto tendrán derecho a controlar y visitar los barcos hospitales y embarcaciones de salvamento, podrán rechazar su cooperación, ordenarles que se alejen, imponerles un rumbo determinado, reglamentar el empleo de su radio, retenerlos excepcionalmente y designar provisionalmente un comisario a bordo. Ahora bien, su protección no puede cesar más que si se utilizan para cometer, fuera de sus deberes humanitarios, actos perjudiciales para el enemigo, y siempre previa intimación que fije un plazo razonable.

Como curiosidad diremos que el buque hospital más grande del mundo es en la actualidad el USNS Comfort de la Armada estadounidense, que dispone de 1.000 camas y puede atender a 1.500 pacientes diarios. Dispone de instalaciones quirúrgicas con 12 quirófanos, 20 camas de reanimación y UVI, cirugías general, especializadas y plástica, pudiendo realizar 230 intervenciones diarias. Entre los servicios no quirúrgicos destacan medicina interna, psicología, dermatología o terapia respiratoria. Como servicios de apoyo tiene radiología, farmacia, prótesis, fabricación de lentes, laboratorio y banco de sangre. Finalmente dispone de secciones especiales de unidad de quemados, guerra química y bacteriológica e incluso reparación de equipos médicos<sup>141</sup>.

En cuanto al personal sanitario su regulación es más liberal que el de tierra. La tripulación de los barcos hospitales, no puede ser capturada ni retenida

---

<sup>140</sup> Disponible en: <http://www.encyclopedia-juridica.biz14.com/d/buques-hospitales/buques-hospitales.htm>.

<sup>141</sup> Disponible en: <http://www.infodefensa.com/latam/2015/07/08/noticia-buque-hospital-comfort-grande-mundo-visitado-colombia.html>.

y debe ser inmediatamente desembarcada. Finalmente, al igual que el I Convenio contiene prescripciones para la represión de abusos e infracciones<sup>142</sup>.

#### **4.1.3. III Convenio de 12 de agosto de 1949 sobre trato debido a los prisioneros de guerra**

El actual Convenio de Ginebra es bastante más extenso que sus antecesores, precisamente por la influencia que la Convención ha tenido en el desarrollo del derecho de los cautivos en la guerra moderna.

Desde la primera versión de 1929 a la de hoy, se ha logrado variar la concepción del prisionero, que ya no es visto ni tratado como un delincuente al que haya que recluir en un centro de internamiento, sino como un enemigo incapaz de volver a tomar parte en el combate, que debe ser liberado finalizadas las hostilidades y que tiene que ser respetado y tratado humanamente mientras esté bajo custodia de la otra parte contendiente.

Esta reflexión, teniendo tan cercanos los ejemplos de Irak, Libia, el Estado islámico o incluso el mismo Guantánamo, puede parecer a muchos un sarcasmo, pero lo cierto es que a pesar de esos casos, el Convenio de 1929 primero y el actual de 1949 después, han contribuido eficazmente a la protección de millones de prisioneros de guerra. Precisamente lo que se trata de evitar son sucesos como los aludidos, que deben ser condenados sin ambages por la comunidad internacional. Y es que las graves violaciones a que nos referimos han sido visibles precisamente por la aplicación del actual Convenio.

Respecto a su contenido, el Convenio define en primer lugar las categorías de personas con derecho al trato de prisioneros de guerra, así como el régimen de cautiverio propiamente dicho, que comienza con una descripción de cómo debe ser el interrogatorio de los prisioneros, suerte que debe correr su propiedad y evacuación. Igualmente el Convenio regula las condiciones de vida en los campamentos, modo de internamiento, alojamiento, alimentación,

---

<sup>142</sup> CICR: Los convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949. CICR. Pág. 25-26.



vestuario, higiene y asistencia médica, personal médico y religioso retenido para asistir a los prisioneros, prácticas religiosas y actividades intelectuales y físicas. El trabajo de los prisioneros es objeto de especial atención, como lo es todo lo relativo a correspondencia y socorros que se les envíen.

Asimismo contiene unas pequeñas normas de procedimiento penal y disciplinario y una referencia exhaustiva a los diferentes modos de finalizar el cautiverio, repatriación, hospitalización en país neutral e incluso fallecimiento.

Por último, el Convenio establece la obligación de abrir los campamentos de prisioneros al control de organismos neutrales y de difundir ampliamente el conocimiento de sus prescripciones, completándose el texto con cinco anexos, que regulan entre otras cosas la repatriación directa y hospitalización en país neutral de los prisioneros de guerra heridos y enfermos o las comisiones médicas mixtas<sup>143</sup>.

#### **4.1.4. IV Convenio de 12 de agosto de 1949 relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra**

Aunque no se trata de un texto innovador propiamente dicho, por cuanto que la doctrina ya se había pronunciado suficientemente acerca de la protección de civiles, el Convenio supone un progreso importante del derecho internacional escrito en materia humanitaria. No tiene por tanto el Convenio la pretensión de introducir ideas nuevas en el derecho de gentes, sino solamente garantizar, incluso en lo más enconado de la guerra, el respeto ya admitido de la dignidad de la persona humana.

Salvo una breve alusión a los espías en el Convenio de 1907, hasta éste de 1949 la Convención no se había pronunciado expresamente sobre la protección de civiles, sin duda por entender que quedaban fuera de la guerra. Los horribles crímenes nazis demostraron que no era así y que los civiles precisaban de una protección específica que fuera más allá de consignar la obligación por el

---

<sup>143</sup> Opus cit.. Págs. 27-30.

ocupante de tomar “cuantas medidas dependan de él a fin de restablecer y garantizar, en la medida de lo posible, el orden y la vida pública, respetando, salvo en casos de imposibilidad absoluta, las leyes vigentes del país” a que se refería el texto aludido.

Ahora bien, no sólo los crímenes de guerra hacían necesaria la protección de los civiles. El Comité Internacional de la Cruz Roja venía pidiéndola en sus conferencias desde 1921, en base a que tanto el desarrollo de los armamentos, como la considerable extensión del radio de acción de los ejércitos por mor de los inventos que venían utilizándose en los conflictos, demostraban que de hecho las personas civiles están dentro de la guerra y expuestas a los mismos peligros que los militares. Y ello sin olvidar que las deportaciones, evacuaciones, confinamientos y pillajes, suponían por lo general el sistemático desprecio de los derechos individuales de los civiles afectados.

El estallido de la Segunda Guerra Mundial impidió la aprobación de la nueva norma, que sin embargo vio la luz acabada la contienda junto con la revisión de los demás convenios.

Este cuarto Convenio se inspira “en los principios eternos del derecho, que son el fundamento al mismo tiempo de la salvaguardia de la civilización”, según se decía en un proyecto de Preámbulo que finalmente no se incluyó en el texto final para continuar la misma estructura que los tres anteriores, que no lo tienen. Su finalidad es, según el mismo texto, “garantizar el respeto de la dignidad y del valor de la persona humana, descartando todo atentado contra los derechos que, por esencia, le son inherentes, y contra las libertades sin las cuales pierde su razón de ser”. En base a ello prohíbe principalmente:

- Los atentados contra la vida y la integridad corporal de los seres humanos, en particular las torturas, los suplicios y los tratos crueles.
- La toma de rehenes.
- Las deportaciones.

- Los atentados contra la dignidad de las personas, especialmente los tratos humillantes y degradantes, así como los tratos discriminatorios fundados en diferencias de raza, de color, de nacionalidad, de religión o de creencias, de sexo, de nacimiento o de fortuna.
- Las sentencias dictadas y las ejecuciones realizadas sin juicio previo por un tribunal legítimamente instituido, con las garantías judiciales reconocidas como indispensables por los pueblos civilizados<sup>144</sup>.

En cuanto al ámbito personal de protección debe decirse que mientras el artículo 4 deja fuera a los súbditos de un Estado que no haya ratificado el Convenio y a los Estados neutrales, posteriormente en el Título II se rebasan esos límites, afirmándose que la protección alcanza a toda la población en su conjunto. En todo caso quedan fuera los heridos, enfermos o náufragos militares y los prisioneros de guerra, por ser objeto de los tres Convenios anteriores.

Lo mismo sucede con la designación de zonas y localidades sanitarias y de seguridad y zonas neutralizadas, con la protección de los hospitales civiles, los niños o el intercambio de noticias familiares. En todos estos casos, las medidas protectoras tienen un alcance absolutamente general.

Respecto al estatuto y trato de las personas protegidas, se prohíben los malos tratos corporales, castigos colectivos, terrorismo, pillaje, represalias y toma de rehenes. Por su parte los extranjeros tienen, entre otras cosas, derecho a salir del territorio en conflicto.

Igualmente el Convenio recoge el régimen de los territorios ocupados y el del internamiento de civiles, esto último regulado en consonancia e incluso con la misma estructura que lo previsto en el III Convenio para los prisioneros de guerra, que incluye incluso la existencia de una agencia central de información similar a la de prisioneros de guerra. El Título IV (arts. 142 a 159 y último) se refiere a la aplicación del Convenio.

---

<sup>144</sup> Opus cit. Pág. 33.

Finalmente el Convenio se completa con tres anexos.

Además, la conferencia adoptó once resoluciones que quedaron fuera de él, pero regulan aspectos complementarios o instan al Comité Internacional de la Cruz Roja a hacer determinadas propuestas. Termina con el reconocimiento de la necesidad de que esta institución tenga un apoyo financiero estable y regular.

#### **4.1.5. Los Protocolos Adicionales**

Tras la aprobación de los Convenios de 1949, el incremento de conflictos armados tanto internacionales como internos ha sido muy importante, al igual que lo han sido los cambios en la conducción de las hostilidades y en la atención a las víctimas. Por eso precisamente se hacía necesaria su revisión y a tal efecto el Comité Internacional de la Cruz Roja y el Gobierno Suizo convocaron la Conferencia diplomática sobre la reafirmación y el desarrollo del Derecho Internacional Humanitario aplicable en los conflictos armados, la cual aprobó en 1977 la actualización de los Tratados mediante la técnica jurídica del Protocolo Adicional. Concretamente fueron dos los Protocolos aprobados, el primero para complementar las normas aplicables a conflictos armados de carácter internacional, y el segundo a conflictos armados internos.

El Protocolo I refuerza en primer lugar la prohibición de ataque a la población y bienes civiles, autorizando sólo las agresiones a objetivos militares, entendiendo por tales los lugares que puedan representar una ventaja para el enemigo.

En este contexto se declaran protegidos los bienes indispensables para la supervivencia como lo son las zonas agrícolas y de ganado, reservas de agua potable, cosechas, obras de riego, así como instalaciones consideradas como potencialmente peligrosas, como las centrales eléctricas y nucleares, los diques y los embalses.

Del mismo modo, establece la protección de determinadas zonas, calificándolas como localidades no defendidas o abiertas a la ocupación,

normalmente para proteger su patrimonio cultural, zonas desmilitarizadas, que son aquellas que las partes acuerdan expresamente, zonas y localidades sanitarias, que deben encontrarse fuera de las zonas de combate, y zonas neutralizadas.

En cuanto a las personas, se amplía y refuerza la situación de las que están en poder de una de las partes del conflicto. Se dota de especial protección a mujeres y niños, concretándose que en ellos se evitará la pena de muerte. También se trata la protección reforzada de los periodistas en misión peligrosa, a los que extiende los beneficios que otorgan los convenios al personal civil<sup>145</sup>.

Respecto al personal, unidades e instalaciones sanitarias, el Protocolo I recoge la moderna acepción de la misión médica, ampliando su protección. En este apartado es significativo el avance en materia de transporte sanitario, dado que extiende al civil la misma protección que ya existía para el transporte sanitario militar y completa la señalización que deben tener las ambulancias en tierra, que habrán de añadir una luz azul con destellos y señal de radio precedida por una sintonía de prioridad. Para el transporte aéreo y marítimo exige que dispongan de radar secundario.

Sobre las armas no convencionales, el Protocolo restringe el uso de las armas cuyos fragmentos no sean localizables en el cuerpo humano e impidan la curación de las heridas, así como el uso de minas, trampas explosivas y armas incendiarias.

Por último, respecto de las personas desaparecidas y fallecidas, el Protocolo I facilita la búsqueda e identificación en caso de muerte, protección, conservación de las sepulturas, exhumación o repatriación de los restos de personas que han perdido la vida<sup>146</sup>.

---

<sup>145</sup> CICR: Comentario del Protocolo adicional I a los Convenios de Ginebra de 1949. Plaza y Janés Editores. Págs. 10 y ss.

<sup>146</sup> ABRISKETA, Joana: Derechos humanos u acción humanitaria. Alberdania S.L. Pág. 51.

El Protocolo II, tiene por objeto la protección de las víctimas de conflictos armados de carácter no internacional, es decir, de conflictos internos, entendiendo por tales los que se producen entre las fuerzas armadas de un Estado y fuerzas armadas disidentes o grupos armados organizados que cuenten con disciplina interna, sean dirigidos por un mando responsable y ejerzan control efectivo en parte del territorio de dicho Estado, siendo irrelevante que el Gobierno reconozca o no la existencia del mismo. No son pues conflictos armados a efectos del Protocolo las situaciones de tensiones internas o los disturbios interiores como motines o actos esporádicos y aislados de violencia<sup>147</sup>.

El Protocolo II extiende los derechos de la Convención de Ginebra a las personas que no participan en las hostilidades o que hayan dejado de participar en ellas, con lo que exige y brinda asistencia a los heridos y enfermos, militares y civiles. A estos últimos exige, como en los conflictos internacionales, que se les guarde de los peligros inherentes a las operaciones militares<sup>148</sup>.

Así pues, el Protocolo II ha venido a desarrollar la convención para extender la protección a las víctimas de conflictos internos, que desde mediados del pasado siglo han proliferado peligrosamente, de manera que hoy día todos los damnificados por las guerras, civiles y militares, están protegidos por el paraguas del derecho internacional humanitario.

Para terminar la ampliación del Derecho de Ginebra, en el año 2005 se aprobó el Protocolo III, relativo a la aprobación de un signo distintivo adicional. El Protocolo Adicional de 1977 había reconocido como signos distintivos de protección la Cruz Roja, la Media Luna Roja, el León y el Sol Rojo, declarando que tales signos no tienen connotación alguna de índole religiosa, étnica, racial, regional o política. Y como para algunos de los Estados firmantes puede suponer una dificultad el uso de los mismos, el Protocolo III creó el llamado oficialmente

---

<sup>147</sup> CICR: Comentario del Protocolo adicional I a los Convenios de Ginebra de 1949. Plaza y Janés. Págs. 8 y ss.

<sup>148</sup> ABRISKETA, Joana: Derechos humanos u acción humanitaria. Alberdania S.L. Pág. 52.

“Emblema del Tercer Protocolo”, mundialmente conocido como “Cristal Rojo”, que no es más que un marco cuadrado rojo sobre fondo blanco.

El nuevo signo apenas si ha tenido utilización. Además, el que ha dejado de utilizarse es el León y el Sol Rojo, adoptado por Persia hasta el advenimiento de la República Islámica de Irán, que dejó de usarlo para adoptar la Media Luna Roja. Por el contrario algunos países utilizan signos que no están reconocidos por la Convención, como la Estrella de David Roja en Israel<sup>149</sup>.

#### **4.2. EL ESTATUTO DE PROTECCIÓN A HERIDOS Y ENFERMOS. CATÁLOGO DE DERECHOS**

Las víctimas de un conflicto armado son muy variadas y así lo considera la Convención de Ginebra, que confiere su protección a los no combatientes, concretando este grupo humano por exclusión. Así pues, para distinguirlos hemos de definir primero quienes son precisamente los combatientes, que a los efectos de los Tratados son los miembros de fuerzas organizadas con mando responsable y disciplina interna que les obligue al cumplimiento del Derecho de la Guerra. En ellos se incluyen los miembros de las fuerzas armadas de las partes en conflicto, salvo el personal religioso y sanitario, los miembros de otras fuerzas armadas, los de milicias y otros cuerpos sujetos a la disciplina militar y los de movimientos de resistencia siempre que actúen en territorio ocupado. En todos, la condición indispensable es la de visibilidad o distinción que se recoge en el art. 44 del Primer Protocolo y que implica la obligación inexcusable de distinguirse de la población civil, de lo que sólo están dispensados en situaciones excepcionales como operar en territorio ocupado, conflicto asimétrico o labores de contraguerrilla, en las cuales basta con que porten armas abiertamente.

No tienen la consideración de combatientes y por tanto están excluidos del ámbito de protección de los Convenios los espías, mercenarios,

---

<sup>149</sup> Disponible en <https://www.icrc.org/spa/resources/documents/misc/protocolo-iii.htm>.

francotiradores y combatientes ilegítimos. Todos ellos se sitúan por decisión propia en tramos injustos de la guerra, realizando trabajos que se apartan de la guerra convencional. Y sobre todo, no hacen ostentación de su condición de combatientes ya que ni llevan distintivos o uniforme, ni portan armas abiertamente. Respecto a los francotiradores, son el ejemplo más claro de utilización indiscriminada de la violencia en un conflicto armado. En mente de todos están las imágenes de los francotiradores de Sarajevo. Ni siquiera en una guerra convencional pueden permitirse este tipo de actos, que tienen que calificarse como terroristas.

La doctrina mantiene que los Convenios de Ginebra, junto a los de La Haya, configuran un auténtico Estatuto del combatiente, al que confieren unos derechos y deberes, no sólo sanitarios o asistenciales. Son los sujetos activos y pasivos de la acción bélica, y por ende, cuando son aprehendidos no pueden ser castigados a causa de los resultados lesivos que hayan ocasionado en las personas o en las cosas y pasan a ser considerados prisioneros de guerra inmediatamente.

Precisamente la participación activa en los conflictos armados y la ausencia de responsabilidad por esa participación, siempre naturalmente que se ajuste a las prescripciones del Derecho de la Guerra, constituyen el núcleo fundamental de los derechos del combatiente. A su vez, mientras combaten se benefician del principio de limitación de medios y métodos, que prohíbe causarles males superfluos y sufrimientos innecesarios, y si caen en poder del enemigo, la Convención habla eufemísticamente Parte Adversa, tienen derecho a ser tratados como prisioneros de guerra. Y por último, tienen una protección especial cuando caen muertos o heridos, o si enferman o naufragan.

Por su parte, las personas que no se incluyan en alguno de los grupos considerados combatientes tienen la consideración de población civil y son sujetos de la protección que les confieren los Convenios, particularmente el IV y los dos Protocolos Adicionales. Gozan además de especial protección las mujeres, los niños, ancianos, refugiados y apátridas, heridos, enfermos y



náufragos, prisioneros de guerra, muertos y desaparecidos. Y por su misión, los sanitarios, religiosos y periodistas.

Sobre los muertos, decir que los cadáveres están sometidos a un importante riesgo, precisamente porque algunas partes en conflicto suelen tener especial interés en ocultarlos y es relativamente sencillo hacerlo, de ahí que los convenios se preocupen de ellos especialmente, máxime cuando todos los ejércitos del mundo muestran especial respeto a quienes han caído por su país, con lo que cualquier agresión les indigna sobremanera.

Sentado lo anterior, hemos de centrarnos en la asistencia sanitaria que se presta en un conflicto. Como dice la Profesora García Mangas, una de las razones históricas del nacimiento de las normas humanitarias ha sido precisamente la asistencia a heridos y enfermos y a ello se dedican los convenios con especial interés desde su primera versión<sup>150</sup>. Sus derechos, los de las personas que necesitan asistencia sanitaria, fueron el primer punto de atención de la comunidad internacional y deben seguir siendo el objetivo prioritario, porque sin ello sería difícil creer en el Derecho Humanitario. Es más, los propios ejércitos necesitan saber que sus miembros caídos en combate serán respetados y atendidos como merece su esfuerzo, porque ello incide incluso en la fuerza que cada parte beligerante exhiba en la batalla.

Mucho se ha escrito sobre las notas características de la asistencia sanitaria en campaña. Ahora bien, entre todas destaca en primer lugar el que los derechos de los heridos y enfermos son en su mayor parte correlativos a los deberes del personal sanitario o de los propios Estados en conflicto.

Los principales responsables de que los heridos tengan una asistencia sanitaria adecuada son los médicos y personal auxiliar y a ellos les compete no sólo prestar su servicio en las condiciones adecuadas, sino también exigir a las autoridades de las potencias beligerantes el cumplimiento de las prescripciones

---

<sup>150</sup> GARCÍA MANGAS, Araceli: Conflictos armados internos y derecho internacional humanitario. Ediciones Universidad de Salamanca. Pág. 103.

del derecho humanitario y la aportación de los recursos personales y materiales necesarios para ello. Se estructuran por tanto como típicos derechos-deberes, que unos pueden invocar y otros están obligados a respetar.

En cuanto al contenido concreto del catálogo, el primer derecho que debe figurar es el derecho a la vida de todo herido o enfermo. Si el homicidio intencional está prohibido en todos los protegidos, en el caso de los heridos y enfermos tiene un plus de protección precisamente por la vulnerabilidad que supone su estado de salud, sus dolencias y su grado de discapacidad.

A este derecho debe unirse el de la conservación de la integridad física y moral que presenten, lo que conlleva la prohibición de causarles deliberadamente grandes sufrimientos o de agravar su integridad física o estado de salud.

Por otra parte, los heridos tienen derecho a su búsqueda, localización, recogida y puesta en lugares protegidos, lo cual implica que todos los contendientes deben tomar sin tardanza todas las medidas posibles para buscar y recoger a heridos y enfermos. Esta obligación incluso les vincula a concertar acuerdos para recogerlos y canjearlos.

Igualmente los heridos y enfermos tienen derecho a ser protegidos contra el pillaje y los malos tratos, así como a recibir los cuidados médicos adecuados, en la medida de lo posible y en el plazo más breve.

El derecho a recibir los cuidados y tratamientos que precisen debe ejercerse sin discriminación, lo que implica que la asistencia a heridos y enfermos no puede hacerse sin más distinción que la derivada de su estado de salud. La asistencia prioritaria, por razón de graduación o el ejército al que se pertenezca, es discriminatoria y su práctica está expresamente prohibida.

El único criterio válido para tratar a los heridos es el de la urgencia médica. La Asociación Médica Mundial en sus regulaciones en tiempo de conflicto armado, dice que la atención a heridos y enfermos debe ser eficaz, imparcial y sin

referencia a discriminación injusta alguna, incluso si los pacientes son enemigos<sup>151</sup>.

Por último los contendientes tienen derecho a no ser sometidos a pruebas, estudios, tratamientos o experimentos que no estén indicados por su estado de salud.

En resumen, Otero Solana concreta el Estatuto de los heridos y enfermos en las siguientes prescripciones:

- Respeto y protección en toda circunstancia.
- Trato humanitario sin distinción por razón de sexo, raza, color, idioma, nacionalidad, creencia religiosa, opinión política, fortuna u otros.
- La urgencia médica como única prioridad admitida, sin distinción de parte.
- Prohibición de atentar contra su vida, rematarlos o exterminarlos, someterlos a tortura, experimentar --aún con su consentimiento--, no atenderlos médicamente o exponerlos intencionadamente a contagio o infección.
- Actuar contra toda norma médica habitual para casos similares<sup>152</sup>.

Queda por determinar si los heridos y enfermos en conflicto armados ostentan además de los citados, los derechos generales de todo paciente. A este respecto la Asociación Médica Mundial entiende que la ética médica en guerra no tiene por qué ser distinta de la de los tiempos de paz y por tanto los derechos de los pacientes tienen que ser similares. Ahora bien, tampoco puede olvidarse el

---

<sup>151</sup> ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL: Regulaciones en tiempo de conflicto armado. Adoptadas por la 10ª Asamblea Médica Mundial La Habana, Cuba, Octubre 1956 y Editadas por la 11ª Asamblea Médica Mundial Estambul, Turquía, Octubre 1957 y Enmendadas por la 35ª Asamblea Médica Mundial Venecia, Italia, Octubre 1983 y la 55ª Asamblea General de la AMM, Tokio, 2004 y Revisada su redacción por la 173ª Sesión del Consejo, Divonne-les-Bains, Francia, Mayo 2006 y Enmendada por la 63ª Asamblea General de la AMM, Bangkok, Tailandia, octubre 2012. Manual de Políticas de la AMM. AMM. Págs. 100-103.

<sup>152</sup> OTERO SOLANA, Vicente: La normativa de protección y actuación del personal y medios sanitarios en los conflictos armados. Ministerio de Defensa. Pág. 25.

contexto en que se desenvuelve la asistencia sanitaria y que no es lo mismo ejercerla en un escenario absolutamente favorable, con todos los medios técnicos, humanos y burocráticos al alcance de la mano, que en un entorno precario, sujeto a tensiones externas muchas veces extremas, donde los medios son limitados y las situaciones de urgencia vital más que habituales, cotidianas.

En estas situaciones las más de las veces apelar, por ejemplo, al derecho a una asistencia científica y humana de calidad como parte de los derechos del paciente es más un deseo que una realidad. Los actuales medios técnicos permiten que en los conflictos armados en los que participan países desarrollados existan hospitales relativamente cercanos a las zonas de combate y medios de transporte suficientes para trasladar a los heridos rápida y eficazmente. Pero no siempre es así. El despliegue sanitario que por ejemplo se ha llevado a cabo en Afganistán por la fuerza multinacional, desgraciadamente no es lo habitual en el grueso de conflictos armados actuales, en los que es más normal encontrarse con situaciones en las que los médicos han de realizar su trabajo de forma precaria, muy alejada de la sofisticación de los modernos hospitales de campaña que instalan los ejércitos más avanzados para asistir a pacientes civiles y militares en zonas de conflicto.

Y en ese entorno lo mismo podemos decir de la confidencialidad de los datos y el respeto a la intimidad. El tratamiento de los datos sanitarios requiere de unos medios técnicos que puede no estén disponibles en zonas de operaciones, con lo que la preservación de ellos deberá realizarse teniendo en cuenta esos parámetros, aunque siempre procurando que la confidencialidad sea la máxima que permitan las circunstancias. E igualmente puede decirse del derecho de acceso al historial clínico.

Los derechos que deben ser respetados en cualquier caso y sin ninguna diferencia con los tiempos de paz son los derechos de información, el derecho a decidir y el de respeto a sus convicciones religiosas, culturales y morales. En tiempo de guerra como en el de paz, el paciente debe recibir información veraz, adecuada y suficiente, tiene que poder decidir sobre los tratamientos y prestar el

consentimiento informado, y por supuesto, a que sus convicciones sean respetadas en todo caso.

Sentado pues el catálogo de derechos, la pregunta que debemos hacernos a continuación es quién está obligado a respetarlos y qué medios existen para asegurar su cumplimiento, porque para que estemos ante un auténtico Estatuto debe existir alguna fórmula que garantice su exigibilidad.

Pues bien, la respuesta es clara. En primer lugar todos los combatientes, cualquiera que sea su graduación, están obligados a conocer y respetar los derechos de heridos y enfermos militares y civiles. Igualmente, todos los médicos y personal sanitario están obligados a cumplirlos. Y por último, absolutamente todas las autoridades deben procurar que sus tropas estén instruidas en los preceptos de protección a heridos y enfermos y además fomentar en ellos un espíritu de respeto al herido en toda circunstancia.

En cuanto a su exigibilidad, los países firmantes tienen obligación de aprobar normas para castigar las infracciones. Concretamente en España las infracciones a los derechos que hemos mencionado están tipificadas como delitos en el Código Penal Ordinario y el Código Penal Militar. En el primero se tipifican los delitos contra las personas y bienes en caso de conflicto armado, los de genocidio y los de lesa humanidad cometidos por cualquier persona, mientras que en el segundo se recogen prácticamente los mismos ilícitos cuando son cometidos por militares, para los cuales se prevén penas más graves. Con independencia de ello, esas mismas infracciones están calificadas por los Convenios y Protocolos Adicionales como crímenes de guerra, y los países firmantes tienen obligación de poner a las personas que los cometan a disposición de sus Tribunales o de la Corte Penal Internacional de La Haya.

### 4.3. EL ESTATUTO DE LOS PROFESIONALES SANITARIOS

Dice Rodríguez Villasante que la protección que los Convenios de Ginebra prestan a los profesionales sanitarios en los conflictos armados es esencial para la supervivencia de los heridos y enfermos, porque para proteger realmente a las víctimas de la guerra es necesario contar con personal y medios adecuados<sup>153</sup>.

Por esta razón los profesionales sanitarios están dotados de un estatuto especial que les confiere unos derechos y obligaciones o deberes. Así pues, para abordar su estudio debemos comenzar concretando quienes tienen tal consideración, que según los Convenios son:

- a) El personal sanitario militar y civil de cualquiera de las partes, dedicado a labores de búsqueda, recogida, transporte, atención o tratamiento de los heridos, enfermos y náufragos militares o civiles.
- b) El personal militar o civil de cualquiera de las partes, dedicado a la prevención de las enfermedades.
- c) El personal de administración, de formaciones y establecimientos sanitarios, incluyendo personal técnico, conductores de ambulancias o personal de los buques hospitales y aeronaves sanitarias.
- d) El personal sanitario del Comité Internacional de la Cruz Roja, de las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja u otras de socorro, reconocidas y autorizadas por las partes.
- e) El personal sanitario de unidades o establecimientos puestos a disposición de las partes en conflicto por un Estado neutral, por una sociedad de socorro de un Estado neutral o por una organización internacional humanitaria imparcial.
- f) El personal religioso perteneciente a las fuerzas armadas adscrito a los establecimientos sanitarios o sociedades de socorro<sup>154</sup>.

---

<sup>153</sup> RODRÍGUEZ VILLASANTE Y PRIETO, José Luis: La protección del “personal humanitario” por el Derecho Internacional Humanitario en los conflictos armados actuales. Anuario de acción humanitaria 2010. Universidad de Deusto. Pág. 45.

<sup>154</sup> Opus cit. Pág. 46.

Para su definición existen dos criterios: el funcional y el de pertenencia a organización sanitaria. Respecto al primero se consideran tales las personas dedicadas tanto al diagnóstico y tratamiento de heridos y enfermos, como a su búsqueda y recogida y aplicación de los primeros auxilios en las zonas de combate, el transporte sanitario desde la primera línea a los distintos escalones y en todas sus fases, o a la colaboración en actividades de medicina preventiva y administración de establecimientos y unidades sanitarias.

Por el criterio de pertenencia a organización, se consideran personal sanitario todos los miembros militares de los Cuerpos de Sanidad Militar, los trabajadores de buques hospitales civiles o militares, sociedades nacionales de Cruz Roja, servicios de protección, los adscritos a cualquier otro servicio sanitario reconocido (Médicos sin Fronteras por ejemplo), o los asignados regular y únicamente al funcionamiento o administración de hospitales.

Todos ellos conforman la denominada Misión Médica, que comprende el conjunto de personas, instrumentos, vehículos, equipos e instalaciones, transitorias o permanentes, civiles o militares, fijas o móviles, de destino en exclusiva y necesarios para la administración, funcionamiento y prestación de servicios médico-asistenciales, en las áreas de prevención y promoción, atención, y rehabilitación, en el marco de un conflicto armado<sup>155</sup>.

Desde estas premisas, para los Convenios las actividades sanitarias no se ciñen a la mera asistencia primaria de los heridos en campaña, sino que se extienden a cualquier cuidado médico que exija su estado. De Correo-Lugo entiende que a la propia atención médica se deben añadir todos los servicios humanitarios propios de la asistencia en salud, como programas de vacunación, control de fuentes de agua potable, etc. De ahí que la protección no alcance sólo al personal facultativo, sino que cubra a todas aquellas personas que de forma exclusiva están dedicadas a estas funciones sanitarias.

---

<sup>155</sup> DE CURREA-LUGO, Víctor: Generalidades del Derecho Internacional Humanitario. Revista Herald Médico, volumen XXIII n° 228. En: [encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldo-medico/vol-2322801/heraldo2322801generalidades/](http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldo-medico/vol-2322801/heraldo2322801generalidades/).

En cualquier caso, todos los militares con consideración de personal sanitario tienen los siguientes deberes en campaña:

- Deber de asistencia humanitaria (recoger y asistir a heridos y enfermos y no abandonarlos nunca).
- Deber de brindar tratamiento a heridos y enfermos, prevenir las enfermedades y desarrollar programas de rehabilitación.
- Deber de no discriminación (prohibición de distinciones no médicas). Este deber se prestará sin ninguna distinción de carácter desfavorable por motivo de raza, color, sexo, idioma, religión, etc.
- Deber de prioridad en la asistencia (la urgencia médica como criterio exclusivo de los Convenios).
- Deber de no clasificar para la atención por razones de parte del conflicto a la cual pertenece o por la graduación militar que ostente.
- Deber de no abandonar los heridos o enfermos.
- Deber de no someter a las personas a actos médicos que no estén indicados por su estado de salud ni realizar experimentos médicos, biológicos o científicos.

Además de estos deberes que se desprenden de la Convención, la Asociación Médica Mundial añade los siguientes:

- Deber de no infringir o ayudar a infringir el Derecho Internacional.
- Deber de no participar en hostilidades.
- Deber de recordar a las autoridades su obligación de buscar a los heridos y enfermos y asegurar el acceso a la atención médica sin discriminación injusta.
- Deber de no aprovechar la situación y vulnerabilidad de los heridos y enfermos para obtener ganancia financiera personal.
- Deber de considerar de forma especial la gran vulnerabilidad de las mujeres y niños en conflictos armados y otras situaciones de violencia y sus necesidades de salud específicas.



- Deber de respetar el derecho de la familia a conocer la situación y el paradero de un familiar desaparecido.
- Deber de prestar atención médica a toda persona hecha prisionera.
- Deber de defender las visitas regulares de los médicos a prisiones y a los prisioneros.
- Deber de denunciar y actuar, cuando sea posible, para poner término a dichas prácticas inescrupulosas o la distribución de materiales y medicamentos de mala calidad o falsificados.
- Deber de instar a las autoridades nacionales y organismos internacionales y regionales, la protección del personal de salud e infraestructuras sanitarias en conflictos armados y otras situaciones de violencia.
- Deber de informar a las autoridades del brote de cualquier enfermedad o trauma que se deba notificar.
- Deber de hacer todo lo posible para evitar represalias contra los heridos y los enfermos o la atención médica.
- Y en particular los médicos deben:
  - Negarse a obedecer una orden ilegal o contraria a la ética.
  - Considerar cuidadosamente toda doble lealtad que pueda tener el médico y abordar este tema con colegas y cualquier autoridad.
  - Denunciar torturas o trato cruel, inhumano o degradante.
  - Reflejar y tratar de mejorar los estándares de atención apropiada a la situación.
  - Informar a su superior apropiado del comportamiento contrario a la ética de un colega.
  - Mantener registros de salud adecuados.
  - Apoyar la sostenibilidad de la atención médica a civiles cuando esté alterada por el contexto.

- Informar a un comandante u otra autoridad apropiada si no se satisfacen las necesidades en salud<sup>156</sup>.

Correlativamente, los Convenios y Protocolos Adicionales también recogen una serie de derechos para el personal sanitario. Son:

- Respeto y protección: los combatientes tienen obligación de no atacarlos y protegerlos.
- Derecho de acceso a los lugares donde sus servicios sean necesarios.
- Derecho a no ser sancionados por prestar sus servicios a un enemigo con arreglo a la ética y deontología médicas.
- Imposibilidad de inducción a realizar actos contrarios a la ética médica.
- Imposibilidad de inducción a facilitar información personal sobre heridos o enfermos.
- Exención de captura, con única posibilidad de retención para asistir a prisioneros de guerra, salvo en el caso de personal sanitario de Estado neutral, de Cruz Roja Internacional o de buques-hospitales, que han de ser devueltos de forma inmediata.

Estos derechos son irrenunciables y por tanto deben ser respetados por los Estados beligerantes.

El Estatuto se completa con la protección que los Convenios brindan a los establecimientos y unidades sanitarias, entendiendo por tales las formaciones militares y civiles, permanentes o temporales, organizadas con fines exclusivamente sanitarios. Comprenden pues entre otros, los hospitales de todo tipo, centros de asistencia fijos o móviles, centros de medicina preventiva o depósitos de material sanitario y farmacéutico.

---

<sup>156</sup> ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL: Regulaciones en tiempo de conflicto armado. Manual de Políticas de la AMM. Asociación Médica Mundial. Págs. 100-103.

La protección se concreta en abstención de todo ataque, garantía de funcionamiento caso de caer en poder del enemigo, prestación de ayuda y suministros y limitación en el derecho de requisar.

Para que opere la protección es necesario que cumplan una serie de requisitos, cuales son no cometer actos de hostilidad, no cometer actos perjudiciales al enemigo, no utilizar las instalaciones para proteger objetivos militares y alejarlas en lo posible de ellos.

Todo esto lleva a la conclusión de que los Convenios de Ginebra elevan a la categoría de norma de carácter internacional el criterio deontológico que debe primar en cualquier actuación médica.

Por su parte la Doctrina Sanitaria Conjunta de España recoge la sujeción a las normas convencionales, afirmando en su Preámbulo que: “los principios que rigen el apoyo sanitario están basados en los criterios, admitidos generalmente, sobre la práctica profesional de los facultativos y en los principios éticos, teniendo en consideración las condiciones del medio y el marco logístico en que se desarrollan las operaciones, así como las normas de comportamiento recogidas en el Derecho Internacional Humanitario”.

Igualmente señala como Principios los de:

- Calidad, para que el apoyo sanitario sea lo más aproximado al prestado en situación de paz en nuestra sociedad.
- Oportunidad, para que el despliegue sanitario cubra todo el escenario de la operación.
- Continuidad, para que se mantenga en todas las fases de la operación.
- Confidencialidad, para que la información sanitaria no sea transmitida a personas u organizaciones que no tengan necesidad de conocerla.
- Disponibilidad, para que los recursos humanos y materiales estén en condiciones de actuar en los plazos establecidos en el planeamiento.

- Compatibilidad, para que sus recursos materiales puedan ser interoperables con los de los de ejércitos aliados.
- Equilibrio, para en el despliegue sanitario exista adecuación entre medios y tratamiento.
- Economía, para optimizar los rendimientos de los medios empleados.
- Flexibilidad, para adaptarse a los imprevistos de las operaciones.
- Sencillez, para que los planes puedan ser de fácil ejecución.<sup>157</sup>

En definitiva, la Convención reconoce que la protección a los heridos y enfermos pasa indefectiblemente por el hecho de que los profesionales de la salud puedan hacer su trabajo en condiciones idóneas. Y como en el caso de los pacientes, las infracciones tienen la consideración de graves y están tipificadas tanto en las legislaciones internas como en la internacional, pues sólo así puede garantizarse una asistencia médica digna a quienes por su estado de salud están más necesitados de protección.

Por último decir que el Protocolo Adicional I prevé en su artículo 1.2, que en los casos no previstos en la Convención, las personas civiles y los combatientes quedan bajo la protección y el imperio de los principios del Derecho de Gentes derivados de los usos establecidos, de los principios de humanidad y de los dictados de la conciencia pública. Es ni más ni menos que la inclusión de la llamada cláusula Martens, incorporada por primera vez en el Preámbulo del II Convenio de La Haya de 1899 a petición del representante ruso de ascendencia alemana, Fiodor Martens, y que refleja el espíritu que debe guiar la interpretación de la normativa internacional en lo referido a los conflictos armados y la protección de víctimas y de personal humanitario

---

<sup>157</sup> ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA: C-4-001. Doctrina sanitaria conjunta Ministerio de Defensa. Págs. 2-3.

## 5. LA MEDICINA MILITAR: EL EQUILIBRIO ENTRE LA OBEDIENCIA DEBIDA Y LA ÉTICA MÉDICA EN LOS CONFLICTOS ARMADOS

Cuando tratados y doctrina se refieren a la medicina militar, están aludiendo a la ejercida por los cuerpos militares de sanidad de los ejércitos, que están integrados por profesionales de la salud con la condición militar. Es precisamente esa condición militar del sanitario la que hace que su actuación se sujete a los principios organizativos de la institución, que según el Preámbulo de la Ley Orgánica 5/2005, de 17 de noviembre, de la carrera militar, son los de jerarquía, disciplina, unidad y eficacia. Por su parte, el artículo 20 de la misma norma, deriva a una posterior ley el establecimiento de las reglas de comportamiento de los militares, que cifra de forma especial en la disciplina, la jerarquía y los límites de la obediencia.

Así pues, es innegable que la organización militar tiene en los principios de jerarquía y subordinación dos de sus pilares fundamentales. No en vano las Reales Ordenanzas para las fuerzas armadas dicen en su artículo 10 que éstas forman una institución disciplinada, jerarquizada y unida, lo que supone que todos los militares, incluidos los médicos y demás profesionales de la salud, tienen el deber de obedecer las órdenes de sus superiores. Allí Turrillas describe su importancia de forma muy gráfica cuando afirma que la jerarquía se predica de la institución militar como el humo del fuego<sup>158</sup>.

Evidentemente la labor de dirección y organización de la cabeza de la cadena de mando alcanza a la actividad de los médicos militares. La doctrina sanitaria conjunta reconoce que la organización operativa es toda aquella organización militar, que se establece para la concepción, planeamiento, conducción y ejecución de operaciones militares, y se compone de un Mando, de una Fuerza para el cumplimiento de la misión y de unos Apoyos, entre los que

---

<sup>158</sup> ALLÍ TURRILLAS, Juan Cruz: La profesión militar. INAP. Pág. 55.

identifica y sitúa el apoyo sanitario. De este modo, si Fuerza y Apoyos dependen jerárquicamente del Mando Operativo, y éste es el responsable de la concepción, planeamiento, conducción y ejecución de operaciones, el apoyo sanitario y todos sus miembros le están subordinados<sup>159</sup>. Y ello implica subordinación. En la propia doctrina se reconoce que los órganos de dirección de asesoramiento sanitario tienen una dependencia operativa permanente tanto del Mando Operativo de las Fuerzas Armadas, como de los Mandos componentes, lo que en la práctica equivale a decir que son sus superiores jerárquicos<sup>160</sup>, con lo que es indudable que su trabajo está sujeto a las prescripciones de sus superiores. La cuestión a dilucidar por tanto, estriba en determinar cuál es el límite de esa jerarquía y subordinación o, dicho de otro modo, hasta donde debe llegar el médico militar en su obediencia al mando.

Ciertamente los militares deben obediencia a sus superiores pues como ya hemos dicho, en eso se basa el principio de jerarquía. Pero no lo es menos que la obediencia debida no tiene porqué ser ciega, porque el cumplimiento de una orden no puede ser excusa para cometer un delito. Ahora bien, esta máxima que en principio parece clara, no aparece consignada expresamente en los Convenios de Ginebra. La eximente de obediencia jerárquica no fue recogida en ninguno de los textos ni de los Protocolos Adicionales, y ello a pesar de que hubo propuestas concretas para su inclusión, que fueron rechazadas por muchos Estados argumentando razones políticas y psicológicas. La colisión entre el deber de obediencia al mando y el de no cometer crímenes ha quedado pues a criterio de cada Estado, que en su legislación interna pueden incluir o no la obediencia debida como eximente de responsabilidad penal<sup>161</sup>.

En España, la Ley Orgánica 9/2011, de 27 de julio, de derechos y deberes de los miembros de las fuerzas armadas, recoge en su artículo 6 las reglas

---

<sup>159</sup> ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA: C-4-001. Doctrina sanitaria conjunta Ministerio de Defensa. Pág. 11.

<sup>160</sup> Opus cit. Pág. 14.

<sup>161</sup> HERNÁNDEZ SUÁREZ-LLANOS, Francisco Javier: Una aproximación a la eximente por obediencia jerárquica desde el derecho internacional. Revista de Derecho Penal y Criminología, 3ª época. N° 6, 2011. Uned. Págs. 45-78.

esenciales que definen el comportamiento del militar, entre las que destacan a los efectos que nos ocupan la undécima, que declara que los militares tienen obligación de obedecer las órdenes y requerimientos que en forma adecuada y dentro de las atribuciones que le correspondan, emita un militar de empleo superior, y sobre todo la duodécima, que afirma taxativamente que si las órdenes entrañan la ejecución de actos constitutivos de delito, en particular contra la Constitución y contra las personas y bienes protegidos en caso de conflicto armado, el militar no estará obligado a obedecerlas y deberá comunicarlo al mando superior inmediato de quien dio la orden por el conducto más rápido y eficaz, puntualizando que en todo caso asumirá la grave responsabilidad de su acción u omisión. Por su parte, el vigente Código Penal Militar de 1985, declara en su artículo 21 que no puede considerarse eximente ni atenuante el obrar en virtud de obediencia a aquella orden que entrañe la ejecución de actos que manifiestamente sean contrarios a las Leyes o usos de la guerra o constituyan delito, en particular contra la Constitución.

Según esto el sanitario militar, cualquiera que sea su graduación, formación o especialidad, no tiene porqué cumplir una orden contraria a los Convenios de Ginebra, venga de quién venga. Y lo que es más significativo: si lo hace, si cumple una orden contraria a la Convención, responderá de su acto.

Dicho lo anterior, aun cuando haya de responderse por la realización de cualquier acto contrario a los Convenios, parece claro que en aquellos casos en que las órdenes no sean manifiestamente ilegales sí podría operar la eximente de obediencia debida. Incluso algunos autores van más allá, sosteniendo que en algunos casos en que las órdenes sean manifiestamente ilegales, podrían aplicarse las eximentes de error de prohibición y miedo insuperable del Código Penal Común<sup>162</sup>.

---

<sup>162</sup> HERNÁNDEZ SUÁREZ-LLANOS, Francisco Javier: La exención por obediencia jerárquica en el derecho penal español, comparado e internacional. Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado de Investigación sobre la Paz, la Seguridad y la Defensa. Págs. 301-310.

No obstante, el criterio de aplicación de las eximentes debe ser restrictivo. A este respecto cabe decir que los primeros borradores del anteproyecto de ley del nuevo Código Penal Militar recogían la eximente de obediencia debida, por la que carecía de responsabilidad penal el militar que cometieran un delito en cumplimiento de una orden, siempre que no conociera su “ilicitud penal y la orden no fuera manifiestamente ilícita”. Pues bien, la eximente desapareció del texto incluso mucho antes de ser aprobado por el Gobierno para su remisión a las Cortes, a instancia del Consejo General del Poder Judicial<sup>163</sup>.

---

<sup>163</sup> GONZÁLEZ, Miguel: Defensa renuncia a resucitar la obediencia debida como eximente. El País, edición del día 31 de enero de 2014. Disponible en: <http://politica.elpais.com/politica/2014/01/31/actualidad/html>



## **6. EL DESPLIEGUE DE LA SANIDAD MILITAR ESPAÑOLA EN CONFLICTOS ARMADOS**

Después de la guerra civil las ocasiones en las que los ejércitos españoles se han visto envueltos en un conflicto armado se ciñen a la participación en la Segunda Guerra Mundial con la División Azul y la guerra de Sidi-Ifni-Sáhara, la guerra olvidada, a finales entre 1975 y 1958. En ambos casos estuvo presente la Sanidad Militar, que tras ello tuvo oportunidad de participar en la guerra de Vietnam, en la que fue la primera participación del Cuerpo, y del Ejército Español, en una misión internacional en la formulación que hoy conocemos.

### **6.1. LA EXPERIENCIA DE VIETNAM**

En el año 1965 el entonces presidente Johnson pidió al General Franco que enviara tropas a Vietnam, a lo que éste le respondió con un no rotundo, permitiéndose además pronosticar que los americanos perderían la guerra. No obstante, al año siguiente dispuso el envío de una pequeña unidad militar formada por cinco médicos, siete enfermeros, todos ellos del Cuerpo de Sanidad del Ejército de Tierra, y un oficial de Intendencia, todos ellos del Cuerpo de Sanidad del Ejército de Tierra, que regentaron un pequeño hospital en Gò-Cong, en el delta del río Mekong, a sesenta kilómetros de Saigón, la actual Ho Chi Minh. El Cuerpo de Sanidad articuló relevos periódicos, primero anuales y luego semestrales, hasta la retirada definitiva en el año 1971. Es de destacar que cuatro de los militares volvieron varias veces de forma voluntaria, llegando incluso uno a permanecer allí destacado tres años y medio

La Misión Sanitaria Española de Ayuda a Vietnam del Sur fue muy bien valorada. Su función fue exclusivamente sanitaria y consistió en la atención a los pacientes civiles de la zona y militares heridos y enfermos sin distinción de bando ni rango, es decir, tanto militares sudvietnamitas y norteamericanos, como

guerrilleros del Vietcong, con lo que se dio estricto cumplimiento a la Convención de Ginebra.

Entre los enfermos, se atendió principalmente a afectados de enfermedades tropicales como paludismo, amebiasis y tifus, así como de tétanos, hepatitis, tuberculosis, lepra y malnutrición infantil. En cuanto a los heridos, lógicamente fueron mayoritarios los atendidos por lesiones específicas de guerra, como traumatismos diversos y amputaciones traumáticas derivadas de explosiones de minas, heridas inciso-contusas por impactos de metralla, heridas de bala y quemaduras por efecto del napalm, la gasolina gelatinosa utilizada por las fuerzas armadas norteamericanas durante el conflicto, o politraumatismos por accidentes de tráfico <sup>164</sup>.

Sobre la atención a heridos del bando contrario, escribe Rodríguez Jiménez que “por su parte Gutiérrez de Terán, uno de los Suboficiales desplazados, recuerda con satisfacción a un prisionero del Vietcong, con una pierna fracturada y gangrenada. Estaba atado a una cama, a la espera de ser interrogado. Un miembro de la Asociación Médica Americana le dijo que no tardaría en morir, que hiciera lo que pudiera por él para aliviarle el dolor. El suboficial le aplicó antibióticos y, aunque sufrió tremendos dolores y perdió la pierna, salvó la vida y fue enviado a la ONG “Brazos Abiertos”, que le dio acceso al servicio de ortopedia organizado por Estados Unidos en Saigón”<sup>165</sup>.

El ejemplo es significativo. Como se ve, los militares españoles en Vietnam tuvieron presente en todo momento que debían cumplir las prescripciones de los Convenios de Ginebra por encima de cualquier otra consideración.

Más con todo, la presencia de los sanitarios militares en Vietnam fue algo excepcional, ya que durante el período franquista los ejércitos españoles no

---

<sup>164</sup> ALONSO, José Ramón: Metralla en la cabeza. Disponible en <http://jralonso.es/2015/04/29/metralla-en-la-cabeza/>.

<sup>165</sup> RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, José L.: La misión de la sanidad militar española en Vietnam del Sur (1966- 1971). Revista WarHeat Internacional. Volumen: 16, nº 119. 2013. Págs. 14-24.

participaron en ninguna otra operación en el exterior, salvo un puntual apoyo en Agadir (Marruecos) en 1960, para ayudar a las víctimas de un terremoto que asoló la zona. Nuestro país estaba vinculado a la defensa occidental desde el año 1953, en que se firmaron los acuerdos con Estados Unidos, pero a pesar de ello las fuerzas armadas no participaban en actividades con otros ejércitos salvo pequeñas maniobras con alguna unidad americana, siempre en territorio español.

## **6.2. LA NUEVA CONCEPCIÓN DEL APOYO SANITARIO EN OPERACIONES**

Con la Transición se produjo una auténtica revolución en el aparato del Estado, a la que no fueron ajenos los Ejércitos, que no tardaron en adaptarse a los nuevos tiempos, a buen seguro porque la propia Institución venía preparada desde mucho antes para el cambio, contribuyendo también eficazmente a ello la incorporación de España a las organizaciones regionales de defensa y seguridad y la participación habitual en operaciones multinacionales en el exterior.

El ingreso en la OTAN en el año 1982 supuso una nueva concepción de la Defensa, que se plasmó en la Ley Orgánica de Criterios Básicos de Defensa Nacional y Organización Militar de 1984. A partir de ella se articuló un nuevo modelo de fuerzas armadas, integrado en las estructuras multinacionales y con un objetivo claro de elevación del nivel de operatividad, a través de una mayor preparación del personal y del empleo de avanzados medios y tecnologías. El esfuerzo por adaptarse a la nueva situación se puso de manifiesto en los sucesivos planes de reforma, que en poco tiempo lograron no sólo modernizar las obsoletas estructuras de mando y control, sino también las capacidades de las unidades de la fuerza, que pasaron de una organización territorial a otra funcional, para amoldarse a los nuevos requerimientos que exigía la defensa compartida y la corresponsabilidad en la consecución del objetivo de seguridad y estabilidad.

En este contexto, si la evolución general de los ejércitos españoles en el período democrático fue rápida, eficiente y ejemplar, la específica de la Sanidad

Militar debe calificarse de puntera. Antes de la reforma, la Sanidad Militar disponía de unos materiales de campaña obsoletos, mal mantenidos y escasos, a buen seguro porque el esfuerzo económico se venía haciendo en el mantenimiento de una estructura hospitalaria sobredimensionada, más pensada para la asistencia a los militares profesionales y sus familias en tiempo de paz, que para su utilización en los heridos y enfermos en conflictos. Según García González, con las operaciones en el exterior, las unidades operativas desplegadas en escenarios lejanos y con riesgos evidentes, reclamaban unas formaciones sanitarias que apoyaran a los militares rápida y eficazmente, salvando vidas y evacuando a quienes no pudieran permanecer en zonas de conflicto<sup>166</sup>.

Ciertamente en poco tiempo los Ejércitos, sobre todo el de Tierra, habían organizado unas modernas unidades proyectables y de rápido despliegue, que no se correspondían con las unidades sanitarias que debían acompañarlas. Por esta razón fueron miembros de la Sanidad Militar los que, analizando los avances de otros ejércitos de nuestro entorno, diseñaron un tipo de unidad desplegable en tiempos mínimos sobre una zona de operaciones situada a larga distancia y a su vez dotada de medios para practicar sobre el terreno técnicas de soporte vital avanzado traumatológico, que hasta entonces se pensaba que sólo podían ser aplicadas en unidades hospitalarias de cuidados intensivos. Nacieron así en 1990 los Escalones Médicos Avanzados (EMAT,s), unidades de primera respuesta y despliegue inmediato, que dotadas con equipamiento limitado aunque de sencillo manejo y alta tecnología, que cumplían --y cumplen-- sobradamente el objetivo de estabilización y clasificación de los heridos en la misma zona de conflicto, para su posterior evacuación a centros más alejados en los que se puede hacer un tratamiento más continuado y complejo. Sus recursos, flexibles y modulares, consisten principalmente en equipos de monitorización electrocardiográfica, inmovilización, ventilación mecánica, oxígeno-terapia, medicación y fluidos

---

<sup>166</sup> GARCÍA GONZÁLEZ, José Antonio: Sobre la sanidad militar. Revista Atenea. Nº 12. 2009. Empresa i2v. Pág. 10.

suficientes para el soporte vital básico y avanzado, amén de quirófano y sala de reconocimiento y curas<sup>167</sup>.

Las nuevas unidades se estrenaron en Bosnia-Herzegovina, donde además de la atención a los militares españoles prestaron asistencia sanitaria a heridos y enfermos de los tres bandos contendientes y civiles de la zona, llegando incluso a intervenir en intercambios de prisioneros y cadáveres. El cambio de orientación fue pues fundamental. La nueva filosofía del apoyo sanitario encajó perfectamente en la modernización de la estructura militar, dando respuesta a las nuevas necesidades del ejército moderno en que el español se estaba transformando.

Más con todo, no debe olvidarse que la función básica y primordial de la sanidad militar en los conflictos armados, es proporcionar a las tropas propias los medios humanos y materiales para el mantenimiento y recuperación de la salud e integridad, tanto física como psíquica<sup>168</sup>. Porque aunque en el campo de batalla hayan que cumplirse las premisas asistenciales de los convenios internacionales y atender a todos los heridos sin discriminación de bando, lo cierto y verdad es que los cuerpos militares de sanidad de todos los ejércitos del mundo, encuentran su razón de ser en la recuperación de sus propias bajas sanitarias, entendiendo por tales las personas que están incapacitadas temporalmente para desarrollar los cometidos del servicio durante más de veinticuatro horas, precisando asistencia sanitaria por su enfermedad o lesión, causada por acción del combate, por accidente o por enfermedad. Son esas bajas de combate (en las que se incluyen los muertos, heridos y bajas por estrés en el curso de las operaciones) y de no combate (los heridos y enfermos que se producen sin relación con las acciones de la operación), las que justifican la existencia y presencia de la sanidad de cada ejército en el conflicto y para las que se planifica un procedimiento de atención estructurado, escalonado y conjunto, del que a la vez

---

<sup>167</sup> RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, José Luis: El EMAT en misiones en el exterior. Revista Atenea. Nº 12. 2009. Empresa i2v. Págs. 15-19.

<sup>168</sup> MANDO DE ADIESTRAMIENTO Y DOCTRINA DEL EJÉRCITO DE TIERRA: PD4-216. Sanidad en Operaciones. Ministerio de Defensa. Pág. 1.1.

pueden beneficiarse heridos, enfermos y prisioneros del bando contrario y civiles de toda condición, y que también puede extrapolarse a misiones de ayuda humanitaria<sup>169</sup>.

Con la experiencia adquirida en los distintos escenarios de conflicto, en el año 2003 se aprobó la Doctrina Sanitaria Conjunta a la que ya hemos aludido. En ella se fijan los criterios que deben regir la actuación del apoyo sanitario en operaciones conjuntas, desde la inteligencia, planeamiento, prevención y abastecimiento y mantenimiento de recursos sanitarios, hasta el tratamiento y evacuación de heridos y enfermos.

Mención especial se hace en el texto al escalonamiento. Tradicionalmente en los ejércitos españoles los apoyos a la fuerza se han distribuido en escalones, que se corresponden con las estructuras organizativas y de mando de ésta, de modo que a cada tipo de unidad corresponde un escalón, entendiendo por tal el conjunto organizado de medios humanos y materiales con una capacidad determinada, que presta apoyo sanitario a una unidad u organización operativa. La capacidad de cada escalón se denomina nivel de apoyo, que es el conjunto agrupado de cometidos que desarrolla cada uno de los escalones. Por tanto, el concepto escalón se refiere a la organización y el de nivel a la función<sup>170</sup>.

El escalonamiento supone la distribución de los medios y capacidades sanitarias en la misma zona de operaciones en cuatro estratos o escalones, correspondiendo los medios y cometidos más elementales a los desplegados en vanguardia y los más complejos a los más retrasados, siendo a la vez una estructura funcional por la que se pueden transmitir órdenes e instrucciones de carácter exclusivamente técnico. Los cuatro escalones sanitarios están enlazados entre sí, constituyendo un conjunto funcional único denominado cadena de evacuación, que es en realidad de evacuación y tratamiento, en la que todos los niveles aplican los mismos procedimientos, que incluso están homologados a

---

<sup>169</sup> ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA: C-4-001. Doctrina sanitaria conjunta Ministerio de Defensa. Pág. 33.

<sup>170</sup> Opus cit. Pág. 23.

nivel OTAN. A este respecto, decir que la organización regional de defensa tiene establecido un sistema para unificar procesos, procedimientos, técnicas militares e incluso sistemas de equipamiento y abastecimiento, lo que lleva a cabo por medio de unos documentos denominados STANAG o acuerdos de normalización, que cada Estado miembro ratifica y asume como ratio de mínimos, para así conseguir que las fuerzas armadas de un país miembro puedan apoyarse fácilmente en las de otro si lo necesitan. En el ámbito de la Sanidad están normalizados aspectos tan importantes como el modelo de historia clínica, las cartillas de vacunación o los procedimientos de evacuación y transporte en medios terrestres o aéreos.

En el Ejército de Tierra se habla también de formaciones sanitarias de tratamiento, que se pueden activar en operaciones a partir de unidades orgánicas de Sanidad y que pueden ser de cuatro tipos<sup>171</sup>:

- Los Puestos de Socorro, activados por los pelotones de Sanidad de las pequeñas unidades operativas (Batallón, Grupo y Regimiento), que disponen de capacidad tanto para la puesta en estado de evacuación de las bajas como para su posterior traslado, empleando técnicas de soporte vital avanzado traumatológico, entendiéndose por tal el conjunto de conocimientos, técnicas y maniobras dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo a las situaciones de parada cardiorrespiratoria a pacientes traumatológicos, optimizando la sustitución de las funciones respiratorias y circulatorias y las técnicas de inmovilización adecuadas para prevenir el agravamiento de las lesiones, hasta el momento en que éstas se recuperen y el paciente pueda ser transferido a un centro de asistencia con capacidad suficiente para poder darle un tratamiento definitivo<sup>172</sup>.

---

<sup>171</sup> MANDO DE ADIESTRAMIENTO Y DOCTRINA DEL EJÉRCITO DE TIERRA: PD4-216. Sanidad en Operaciones. Ministerio de Defensa. Pág. 3.1.

<sup>172</sup> Opus cit. Pág. 5-5.

- Los Puestos de Cirugía Ligera Avanzada, activados por las compañías de Sanidad de las Brigadas operativas, que disponen de capacidad de cirugía de control de daños, entendiéndose por tal el tratamiento para estabilizar a la baja en orden a salvar la vida, el miembro o la función, realizada siempre por un equipo quirúrgico.

Este método debe completado después por cirugía principal o definitiva<sup>173</sup>.

- Los Escalones Médicos Avanzados Terrestres, de los que ya hemos hablado, y los Equipos de Cirugía Avanzados, activados por las grandes unidades de apoyo sanitario, que disponen de capacidad para realizar cirugía de control de daños o de cirugía primaria, así como para desarrollar de forma reducida todos los otros cometidos del Servicio de Sanidad (asistencia médica, farmacéutica, veterinaria, odontológica y psicológica).
- El Hospital de Campaña, que dispone de servicios de alto nivel tecnológico para tratamiento quirúrgico, cuidados intensivos, cuidado de quemados, radiología, laboratorio, etc. Está capacitado para realizar cirugía primaria, entendiéndose por tal la destinada a reparar los daños locales producidos tras un traumatismo severo, más que a la corrección de sus efectos generalizados<sup>174</sup>.

Esta organización en formaciones sanitarias no choca con el escalonamiento, ya que por lo general cada una de ellas realiza funciones en uno de los cuatro escalones sanitarios, cuyas capacidades y cometidos están recogidos inicialmente en la Doctrina Sanitaria Conjunta, aunque después cada ejército los adapte a sus requerimientos en sus publicaciones doctrinales específicas.

---

<sup>173</sup> Opus cit. Pág. 5-6.

<sup>174</sup> Opus cit. Pág. 5-6.



### 6.2.1. Primer Escalón

Es el asignado a las unidades combatientes menores, concretamente hasta las de tipo compañía, y se forma con los medios orgánicos propios de la unidad, por lo que es un elemento integrado por recursos personales y materiales muy reducidos, pero a la vez muy importante por ser el que primero toma contacto con los heridos en combate y los enfermos de primera línea. Tiene por tanto la capacidad de prestar apoyo sanitario inmediato a las bajas, de recogerlas y de realizar la clasificación inicial, siendo sus cometidos primordiales el soporte vital, clasificación y tratamiento inicial, la recogida y transporte de bajas desde el lugar mismo de producción de la lesión, así como el control del movimiento y de la asistencia a las bajas. Igualmente se responsabiliza de la asistencia habitual primaria a enfermos en primera línea, y de los cuidados de lesiones y procesos menores para la vuelta inmediata al servicio, así como de la adopción de medidas de prevención sanitaria frente a enfermedades, lesiones no de combate y estrés de combate.

En el Ejército de Tierra, el primer escalón cuenta con dos elementos asistenciales. El primero de ellos ni siquiera tiene categoría de formación sanitaria y se denomina Nido de Heridos. Está integrado por sanitarios no facultativos con conocimientos adecuados en soporte vital básico, que prestan una primera asistencia a la baja y la trasladan a un lugar a cubierto y de fácil acceso, a la espera de que sea evacuada. El objetivo a corto plazo de la Sanidad Militar es que todo el personal no facultativo tenga formación asimilada a los técnicos de emergencias sanitarias del sistema educativo general<sup>175</sup>.

Sin duda el cometido más importante de este elemento es el soporte vital básico, entendiendo por tal el conjunto de conocimientos y habilidades para identificar a las víctimas con posible paro cardíaco, alertar a los sistemas de emergencias y realizar una sustitución precaria de las funciones respiratoria y circulatoria hasta el momento en que la víctima pueda recibir tratamiento

---

<sup>175</sup> Opus cit. Pág. 1A.1.

cualificado. El soporte vital básico tiene una modalidad instrumentalizada, que comprende la reanimación cardiopulmonar realizada con dispositivos sencillos para lograr mejorar los niveles de oxigenación y ventilación, y con desfibriladores semiautomáticos para posibilitar la desfibrilación temprana<sup>176</sup>.

El primer escalón se completa con el Puesto de Socorro al que hemos aludido, formación sanitaria que ya dispone de personal facultativo y que funciona generalmente en grupos de dos, uno sobre tienda de campaña y otro móvil, disponiendo de zonas para la recepción y clasificación, tratamiento (sólo realización de curas) y puesta en estado de evacuación de las bajas, así como medios de evacuación del propio puesto de socorro (ambulancias de traslado). Su ubicación debe ser tal que disponga de fácil enlace con el Puesto de Mando del grupo táctico al que esté adscrito, que esté a cubierto del fuego de armas de puntería directa y a la vez próximo a la ruta principal de evacuación<sup>177</sup>.

### **6.2.2. Segundo Escalón**

Generalmente es el prestado en el ámbito de grandes unidades de tipo brigada o superior, buques y bases aéreas, y se forma con puestos de cirugía ligeros (segundo escalón ligero) o Escalones Médicos Avanzados (segundo escalón reforzado). Tiene capacidad de estabilización de heridos y su puesta en estado de evacuación.

El segundo escalón es el responsable de la evacuación de las bajas sanitarias desde el primer escalón y dentro del segundo escalón, así como de su reanimación, estabilización, clasificación y continuación del tratamiento hasta la evacuación posterior a escalón superior. Ello sin olvidar la atención a heridos y enfermos que puedan ser tratados sin evacuación hasta que estén en condiciones de volver al servicio y de la atención al estrés de combate en su nivel.

---

<sup>176</sup> Opus cit. Pág. 5.4.

<sup>177</sup> Opus cit. Pág. 3.4.

Cuando el escalón sea reforzado podrá adicionalmente realizar cirugía de urgencia, cuidados básicos postoperatorios y tratamiento de urgencias odontológicas, para lo que dispondrá de medios o equipos quirúrgicos, de diagnóstico, apoyo de enfermería y camas<sup>178</sup>.

El Ejército de Tierra tiene estipulado que cuando el segundo escalón es reforzado por estar servido por un Escalón Médico Avanzado Terrestre (EMAT), dispondrá de servicios de cirugía principal, cuidados intensivos, cuidados postoperatorios esenciales, laboratorio, radiodiagnóstico, incluyendo capacidad básica de exploración por imágenes e incluso telemedicina, teniendo que ser capaz de realizar hasta 20 intervenciones quirúrgicas por día y hospitalización de hasta 50 bajas, además de apoyo odontológico y psicológico<sup>179</sup>.

### **6.2.3. Tercer Escalón**

Dice la doctrina sanitaria conjunta que el tercer escalón es el elemento crucial del sistema de apoyo sanitario por cuanto que tiene que asegurar que las bajas dispongan de cirugía de urgencia lo antes posible y en todo caso no más tarde de seis horas desde la producción de la lesión. Por tanto, debe tener capacidad quirúrgica plena de urgencia y hospitalización.

Para cumplir con este objetivo, entre los cometidos de tercer escalón están la evacuación dentro del propio escalón desde el segundo escalón y en algunos casos desde el primero, clasificación, reanimación y estabilización para la puesta en estado de evacuación y evacuación medicalizada hacia el cuarto escalón.

Asimismo es responsable de la asistencia médico quirúrgica de urgencia a bajas sanitarias que no pueden tolerar una evacuación posterior sin antes recibir tratamiento inmediato o cuando la evacuación no es posible, así como diagnóstico

---

<sup>178</sup> ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA: C-4-001. Doctrina sanitaria conjunta Ministerio de Defensa. Pág. 25.

<sup>179</sup> MANDO DE ADIESTRAMIENTO Y DOCTRINA DEL EJÉRCITO DE TIERRA: PD4-216. Sanidad en Operaciones. Ministerio de Defensa. Pág. 3.6.

y tratamiento, con hospitalización si fuera requerida, de las bajas que puedan recibir tratamiento total y volver al servicio<sup>180</sup>.

En el Ejército de Tierra el tercer escalón lo proporciona una formación sanitaria de tratamiento de categoría superior, el hospital de campaña, adscrito a las grandes unidades como División, Cuerpo de Ejército o Mando Componente Terrestre. Entre sus capacidades están la atención médica de hasta 50 bajas por día, 40 intervenciones quirúrgicas y hospitalización de hasta 100 bajas. Para ello debe disponer de servicios de diagnóstico avanzada y especializada para apoyo a especialidades clínicas, hematología, cuidados postoperatorios e intensivos, odontología, asistencia psicológica y medicina preventiva. Eventualmente podrá disponer además de apoyo de otras especialidades médicas y quirúrgicas como medicina interna, dermatología, psiquiatría, cirugía maxilofacial, plástica y reparadora, torácica, vascular, neurocirugía, etc.<sup>181</sup>.

#### **6.2.4. Cuarto Escalón**

Es el encargado de prestar asistencia sanitaria definitiva, incluyendo rehabilitación, a las bajas sanitarias a las que los servicios del tercer escalón son insuficientes para su tratamiento, tanto porque las capacidades del mismo sean insuficientes, como porque el tiempo estimado de recuperación exceda de lo que se haya establecido. Este escalón se ubica siempre en territorio nacional, ocasionalmente también puede estar en el de naciones aliadas, y se sirve de las instalaciones hospitalarias de la red sanitaria militar completándose en caso necesario con los del servicio nacional de salud y asiste a los heridos y enfermos hasta su recuperación definitiva<sup>182</sup>.

---

<sup>180</sup> ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA: C-4-001. Doctrina sanitaria conjunta Ministerio de Defensa. Pág. 26.

<sup>181</sup> MANDO DE ADIESTRAMIENTO Y DOCTRINA DEL EJÉRCITO DE TIERRA: PD4-216. Sanidad en Operaciones. Ministerio de Defensa. Págs. 3.6 y 3.7.

<sup>182</sup> ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA: C-4-001. Doctrina sanitaria conjunta Ministerio de Defensa. Pág. 27.

### 6.2.5. El escalonamiento en el ámbito de la OTAN

Si bien el escalonamiento que hemos analizado es el vigente en los ejércitos españoles, la integración en la OTAN hace que en la práctica las estructuras sanitarias se adecúen a sus prescripciones, precisamente para que el apoyo sanitario en misiones internacionales pueda reforzarse con las de otros ejércitos desplegados en las distintas zonas de operaciones.

En el ámbito de la OTAN los escalones se denominan ROLE,s y como los españoles se organizan en cuatro niveles, aunque difieran en capacidades y recursos. Su misión primordial es la asistencia sanitaria a militares heridos en combate, aunque de ordinario su capacidad se utilice de forma más amplia, extendiéndose a enfermos, prisioneros y civiles.

El ROLE 1 tiene capacidades y recursos de hasta segundo escalón, encargándose de la recogida y transporte de bajas desde el lugar de producción de la lesión, soporte vital básico, triaje (asistencia que orienta sobre las posibilidades de supervivencia inmediata de la baja, determina las maniobras básicas previas a su evacuación y establece la prelación en el transporte), resucitación, estabilización, y tratamiento inicial, así como tratamiento de lesiones y enfermedades menores, para la vuelta inmediata al servicio o tras un periodo corto de tiempo<sup>183</sup>.

En Afganistán el desplegado por el Ejército de Tierra en Quala e Naw disponía de capacidades de soporte vital avanzado y según sus facultativos se asimilaba a un centro de salud<sup>184</sup>. Se trataría en tal caso de un ROLE 1 reforzado.

Del ROLE 2 hay dos modalidades, el 2LM o ligero y el 2 E o reforzado, que asumen misiones de segundo escalón en el primer caso y de tercero en el caso del reforzado. Con carácter general se encarga de la evacuación desde el

---

<sup>183</sup> MANDO DE ADIESTRAMIENTO Y DOCTRINA DEL EJÉRCITO DE TIERRA: PD4-216. Sanidad en Operaciones. Ministerio de Defensa. Pág. 3.13.

<sup>184</sup> AMEGULLO CATALÁN, José: Médicos militares en el Role 1 de Afganistán. Revista Ejército nº 853. Abril 2012. Pág. 94

ROLE1, disponiendo de reanimación, triaje, estabilización, incluyendo cirugía, reanimación y cuidados intensivos, cirugía de control del daño, reanimación, preparación para evacuación, laboratorio y radiología básicas, telemedicina y una capacidad de hospitalización de hasta 20 camas para estancias cortas.

El de modalidad 2 E tiene además servicios de cirugía primaria, banco de sangre, unidad de descontaminación y hospitalización entre 25 y 50 camas. Como se ve pues, está a caballo entre los escalones segundo y tercero del sistema nacional.

El ROLE 3 es equivalente a un tercer escalón más dotado, ya que incluye más especialidades médicas y quirúrgicas, como medicina interna, neurología, oftalmología, neurocirugía, cirugía maxilofacial, quemados, etc. disponiendo también de una mayor capacidad de diagnóstico y camas de hospitalización.

El ROLE 4, es idéntico al cuarto escalón y se ubica en territorio nacional<sup>185</sup>.

Aunque el escalonamiento nacional tiene plena validez, la prácticamente exclusiva participación en operaciones internacionales de corte multinacional hace que hoy día se utilice casi en exclusiva la nivelación OTAN. Precisamente desde el año 2009 nuestro país mantiene abierto en Herat (Afganistán) un ROLE 2E, que es el centro sanitario de referencia de la zona. Atiende más de 7.000 pacientes al año. Hasta enero de 2014 se habían realizado en él más de 1.100 intervenciones quirúrgicas, la mayoría a heridos por armas de fuego o artefactos explosivos improvisados.

De la interacción e integración en el sistema sanitario aliado da idea el dato de que el escalonamiento lo componían diversos ROLE,s 1, entre ellos el ya citado de Qala e Naw y dos más en Muqur y Ludina, el ROLE 2E que nos ocupa y un ROLE 3 que Estados Unidos mantenía desplegado en Bagram, ciudad

---

<sup>185</sup> MANDO DE ADIESTRAMIENTO Y DOCTRINA DEL EJÉRCITO DE TIERRA: PD4-216. Sanidad en Operaciones. Ministerio de Defensa. Pág. 3.14.

cercana a Kabul. Como ROLE 4 actuaba el Hospital General de la Defensa “Gómez Ulla” de Madrid<sup>186</sup>. Precisamente como conclusiones importantes relacionadas con esa participación combinada con las unidades sanitarias aliadas, los autores destacan la necesidad de normalizar el material, procedimientos y fármacos empleados sobre las bajas en combate, lo que pone de manifiesto la convicción de los expertos de que cuanto mayor sea la coordinación de los distintos ejércitos en materia sanitaria, mayores serán las posibilidades de supervivencia de los heridos<sup>187</sup>.

### **6.3. CLASIFICACIÓN Y EVACUACIÓN DE LAS BAJAS SANITARIAS**

Como se ha visto, la actividad de la Sanidad Militar en las zonas de operaciones de los conflictos armados gira fundamentalmente en torno a la clasificación de los heridos y enfermos y su evacuación, lo cual es lógico por cuanto que, como en cualquier servicio de urgencias, debe seguirse un protocolo de atención a los destinatarios de la atención médica, que para ser de calidad debe realizarse en lugares lo más alejados posible del campo de batalla.

Por otra parte, la evacuación por tanto es una parte esencial de la atención sanitaria y requiere cuidados concretos, que pueden ser específicos para cada herido. Y como los recursos para realizarla son siempre limitados, es imprescindible establecer unas reglas de traslado que tienen que respetar el único criterio que, según la Convención de Ginebra y la deontología médica puede utilizarse, que es el de la urgencia médica.

---

<sup>186</sup> EXPÓSITO MONTERO, José Luis. Urgencias de campaña en el oeste afgano. Revista Española de Defensa. Enero 2014. Ministerio de Defensa. Págs. 20-23.

<sup>187</sup> RODRIGO SUAY, Ángel Rodrigo y otros: Despliegue y capacidades sanitarias en la región oeste de Afganistán (provincia de Badghis y Herat) de agosto a noviembre 2012. Revista Sanidad Militar nº 69. 2013. Pág. 59.

### 6.3.1. Clasificación

El protocolo de clasificación de heridos y enfermos está recogido en la Doctrina Sanitaria Conjunta y completado en las específicas de los distintos ejércitos. En tales documentos se considera que la clasificación es la definición del estado del paciente para su puesta en estado de evacuación, atendiendo al criterio de gravedad de las lesiones y a sus posibilidades de supervivencia; estableciendo prioridades para el tratamiento y la evacuación con el fin de asegurar el mayor beneficio al mayor número posible de bajas.

Para llevar a cabo la clasificación se utiliza un parámetro denominado Plazo Operatorio, que es el tiempo máximo que puede ser aplazado un tratamiento sin que se agrave el pronóstico o se ponga en peligro la vida del combatiente.

La doctrina clasifica las bajas atendiendo a dos criterios. El primero de ellos es el de la urgencia, según el cual los heridos y enfermos son de Prioridad Uno cuando es necesario tratamiento inmediato por hallarse en peligro de muerte inminente y el plazo operatorio ha de ser inferior a tres horas; de Prioridad Dos cuando los heridos se hallan en peligro de muerte por la aparición, en breve espacio de tiempo, de alteraciones fisiopatológicas irreversibles, pérdida de miembros, etc., y su tratamiento quirúrgico no puede retrasarse más de seis horas; de Prioridad Tres si no existe riesgo vital inmediato y su tratamiento puede esperar hasta diez horas; y de Prioridad Cuatro, cuando tras la puesta en estado de evacuación y una adecuada vigilancia, el tratamiento puede diferirse más de diez horas.

Los heridos de Prioridad Uno representan el 5 por ciento del total de las bajas sanitarias y deben ser tratados en escalones desplegados más a vanguardia (primero y segundo), en tanto que los de Prioridad Dos, que suponen el 25 por ciento, los de Prioridad Tres, que son el 30, y los Prioridad Cuatro el 40 por ciento restante, se tratan en el tercero.



El segundo criterio de clasificación que maneja la Doctrina Sanitaria Conjunta es el de la prioridad para aeroevacuación, que como no podía ser de otra manera, se condiciona exclusivamente al criterio del estado clínico del paciente y que puede ser urgente, con salida inmediata; preferente, para salida en un plazo inferior a 24 horas; rutinaria, con salida prevista antes de 72 horas; o especial, de salida variable y con personal y medios adecuados.

Existe además otro criterio, que se utiliza en situaciones de bajas masivas, que en el Ejército de Tierra denominan como clasificación por mayor posibilidad de supervivencia. En tales casos, que generalmente se dan en enfrentamientos abiertos e intensos, se clasifica las bajas como de Tratamiento Inmediato, para lesionados con riesgo vital grave e inminente, que requieren cirugía inmediata, de breve duración y en bajas con buenas posibilidades de supervivencia; Tratamiento Aplazado, en bajas que tras un previo tratamiento quirúrgico de mantenimiento, necesitan cirugía de larga duración, que puede retrasarse sin gran aumento de su riesgo vital; Tratamiento Mínimo, que son lesionados relativamente poco graves, sin riesgo vital, que pueden atenderse inicialmente por sí mismos o por personal no cualificado; y de Tratamiento Expectante, para bajas que han sufrido graves o múltiples lesiones, que requieren intervenciones complejas y de larga duración, con pocas posibilidades de supervivencia y empleo elevado de recursos humanos y materiales<sup>188</sup>.

Como puede apreciarse pues, los criterios de priorización de tratamiento de heridos y enfermos vigentes en los Ejércitos españoles, son absolutamente escrupulosos con la Convención de Ginebra. Sólo el estado de los heridos es causa de preferente de atención. Ni el grado, ni el bando, ni ninguna otra circunstancia puede utilizarse para atender a unos heridos antes que a otros.

---

<sup>188</sup> Opus cit. Págs. 73-74.

### 6.3.2. Evacuación

Afirma muy acertadamente la Doctrina Sanitaria Conjunta, que la recuperación de las bajas depende en gran medida de una pronta y eficaz evacuación del herido para su tratamiento, que tiene que llevarse a cabo con los siguientes criterios generales:

- El evacuado debe llegar al escalón más conveniente a su estado, por el medio más rápido, el camino más corto y con la máxima seguridad y comodidad, para alcanzar la cirugía de urgencia lo antes posible.
- El único criterio de prioridad y destino de la evacuación es el de la urgencia sanitaria.
- Para evitar la agravación de las bajas durante la evacuación hay que aplicar una serie de medidas terapéuticas y de estabilización la baja; es lo que se denomina puesta en estado de evacuación.
- Cada escalón sanitario actuará hacia vanguardia, en apoyo del escalón anterior, evacuando las bajas desde éste hasta sus formaciones sanitarias.
- Las bajas sanitarias serán acompañadas por el personal sanitario preciso para su asistencia y cuidado durante la evacuación<sup>189</sup>.

Pero además, atendiendo al momento del conflicto armado y a la intensidad del enfrentamiento en que se produce la baja, podemos distinguir dos tipos de evacuación, la evacuación en ambiente hostil, más conocida como CASEVAC (*Casualty Evacuation*) y la evacuación Médica, o MEDEVAC (*Medical Evacuation*).

La CASEVAC es propia de la primera línea de las operaciones bélicas y consiste en la recogida de la baja y el alejamiento del ambiente de combate hasta un lugar seguro, que normalmente es el ya citado nido de heridos. Corre a cargo

---

<sup>189</sup> ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA: C-4-001. Doctrina sanitaria conjunta Ministerio de Defensa. Pág. 63.

del personal sanitario no facultativo de la unidad que desarrolla la operación militar, que tiene asignadas las funciones de atención táctica de bajas en combate, entre las que se encuentra la primera evacuación a que nos estamos refiriendo. Y ciertamente esta primera atención es importantísima porque de ella en muchos casos depende la supervivencia del herido. Durante esta evacuación al nido de heridos deben acometerse unas intervenciones básicas que, practicadas por sanitarios bien formados, pueden disminuir ampliamente la mortalidad en combate. Dicen unas recomendaciones sanitarias de los Ranger de los Estado Unidos, que “si durante el próximo conflicto solo sabemos a nivel sanitario poner un torniquete y aliviar un neumotórax a tensión, probablemente podremos evitar entre un 70 y 90% de las muertes en combate”<sup>190</sup>.

Así pues, se trata de una evacuación no medicalizada pero determinante para el futuro de la atención sanitaria y del propio herido.

En cuanto a la MEDEVAC, consiste en el transporte de bajas sanitarias bajo supervisión facultativa y en un medio de evacuación medicalizado desde el nido de heridos hasta el punto sanitario útil más cercano o bien desde ésta a los escalones superiores<sup>191</sup>. Esas evacuaciones pueden hacerse en medios terrestres (ambulancias) o aéreos, distinguiéndose dos fases, la intra-teatro, que incluye las evacuaciones hasta los escalones sanitarios en zona de operaciones y la inter-teatro, que es la que tiene lugar desde esos escalones a territorio nacional o, temporalmente, a una zona segura<sup>192</sup>.

En cuanto a los medios terrestres, se han desarrollado dos tipo de ambulancia, la básica de traslado y la de soporte vital avanzado, dotada con equipamiento adecuado para tal prestación. También están previstos autobuses y trenes ambulancia.

---

<sup>190</sup> PLAZA TORRES, Juan: La atención táctica de bajas en combate. Boletín de Infantería de Marina. N° 17. 2005. Pág. 11.

<sup>191</sup> MANDO DE ADIESTRAMIENTO Y DOCTRINA DEL EJÉRCITO DE TIERRA: PD4-216. Sanidad en Operaciones. Ministerio de Defensa. Pág. 3-14.

<sup>192</sup> ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA: C-4-001. Doctrina sanitaria conjunta Ministerio de Defensa. Pág. 64.

Respecto a los medios aéreos, se utiliza con gran éxito el helicóptero con tripulación compuesta por un Oficial Médico de vuelo, un Oficial enfermero y un sanitario no facultativo. En cuanto a sus capacidades, abarca todo el abanico propio de la medicina de urgencias y emergencias, con especial mención de la enfermedad traumática en un entorno bélico con heridos por arma de fuego y explosivos, además de bajas masivas, civiles adultos, niños y lactantes.

Los militares españoles del Cuerpo de Sanidad han adquirido una gran experiencia en las misiones internacionales en las que han participado, sobre todo en la de Afganistán. Para ellos es imprescindible la formación, entrenamiento y aplicación de conocimientos y técnicas en urgencias y emergencias, soporte vital avanzado cardiológico y traumatológico en combate, asistencia inicial al trauma a nivel prehospitalario o la asistencia a la bajas tácticas de combate. Ello por supuesto, sin descuidar la formación en materia de medicina y enfermería de vuelo, que incluya entrenamiento con aeronaves con vuelos reales.

Por otra parte, la experiencia ha demostrado las ventajas de la evacuación sanitaria en la forma que está estructurada en los ejércitos españoles, esto es, mediante aeronaves medicalizadas y dotadas del personal sanitario indicado, que permiten realizar un soporte vital avanzado sobre la baja, desde la misma transferencia a la aeronaves. Y por último, los militares que han servido en estas unidades alertan de la necesidad de normalizar los procedimientos asistenciales y de la creación y consolidación de un cuerpo doctrinal en urgencias y emergencias con normalización multinacional, que permita la interacción de las formaciones sanitarias y su optimización en las zonas de operaciones<sup>193</sup>.

---

<sup>193</sup> MUNAYCO SÁNCHEZ, Armando J. y otros: Modelo español de MEDEVAC: Experiencia en Afganistán. Revista Sanidad Militar. N° 68-3. Septiembre 2012. Pág. 184.

## **7. LA INTERVENCIÓN DE LA CRUZ ROJA Y LAS DEMÁS ORGANIZACIONES DE SOCORRO EN SITUACIONES ACTUALES DE CONFLICTO ARMADO**

Aunque las víctimas de las guerras hayan sido objeto de atención a lo largo de la historia, justo es reconocer que desde la creación de la Cruz Roja ha pasado a ser una preocupación prioritaria, debido fundamentalmente a la labor de concienciación que esta organización ha llevado a cabo ante los Gobiernos, las fuerzas armadas y la propia ciudadanía. Buena prueba de ello es precisamente el desarrollo de los cuerpos sanitarios militares, que en los últimos años ha sido tan importante que incluso ha conseguido que esa actividad de las organizaciones humanitarias haya pasado en la actualidad a un segundo plano.

Desde su creación, la Cruz Roja ha sufrido una profunda transformación, siendo hoy, ya como Movimiento Internacional, la red humanitaria más grande del mundo al contar con más de 97 millones de voluntarios, colaboradores y personal empleado, y estar presente en 187 países<sup>194</sup>.

Su misión es prevenir y aliviar el sufrimiento en todas las circunstancias, particularmente en tiempo de conflicto armado y otras situaciones de urgencia. Está integrado por el Comité Internacional de la Cruz Roja, las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y la Media Luna Roja, y la Federación Internacional de Sociedades Nacionales de Cruz Roja y Media Luna Roja.

El Comité Internacional (CICR) es el órgano fundador de la Cruz Roja, de la que nació el Movimiento y por ende todos sus organismos. Con sede en Ginebra, es una organización independiente, privada y neutral, dirigida por un Comité de ciudadanos suizos elegidos por cooptación, comprometidos con la causa humanitaria y con amplia experiencia en asuntos internacionales. Actúa en

---

<sup>194</sup> CICR: El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja de un vistazo (folleto). CICR. Pág. 2.

todo el mundo exclusivamente para proteger y socorrer a las víctimas de los conflictos armados, basando su intervención en la Convención de Ginebra.

Entre sus actividades en zona de conflicto están la búsqueda y asistencia sanitaria a heridos y enfermos civiles y militares, la protección de prisioneros de guerra, la asistencia humanitaria en zona de conflicto, así como también la vigilancia del cumplimiento por los contendientes del Derecho Internacional Humanitario en general y de la Convención de Ginebra en particular.

Sus delegados, para ello, visitan hospitales, campamentos, lugares de trabajo, prisiones, campos de refugiados o cualquier otro lugar donde haya heridos, enfermos o cautivos; promueven y supervisan intercambio de heridos, muertos y prisioneros y hacen llegar ayuda sanitaria y humanitaria a lugares aislados por las hostilidades.

En tiempo de paz el CICR se encarga del desarrollo y difusión de derecho internacional humanitario, siendo garante, promotor y guardián de los Convenios, ya que el artículo 5 de los Estatutos del Movimiento le asigna el cometido de “asumir las tareas que se le reconocen (a Cruz Roja) en los Convenios de Ginebra, trabajar por la fiel aplicación del Derecho Internacional Humanitario aplicable en los conflictos armados y recibir las quejas relativas a las violaciones alegadas contra dicho derecho”.

Desde el año 1990, el Comité Internacional cuenta con el estatuto de Observador ante la Asamblea General de Naciones Unidas, lo que le permite expresar su opinión ante la organización en todos los temas humanitarios que se suscitan. También tiene esa condición en las organizaciones regionales más importantes, como el Consejo de Europa, la Organización de Estados Americanos o la Unión Africana<sup>195</sup>.

---

<sup>195</sup> VALLADARES, Gabriel Pablo: El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y su contribución al desarrollo convencional del Derecho Internacional Humanitario en los comienzos del siglo XXI. En XXXV Curso de Derecho Internacional: “Nuevos Desarrollos del Derecho Internacional en las Américas”. Organización de Estados Americanos. Págs. 277-279.

La Federación Internacional de Sociedades Nacionales, es un organismo fundado en 1919 para coordinar la asistencia internacional en casos de desastres ajenos a conflictos armados, para lo que colabora con las Sociedades Nacionales interviniendo en caso de catástrofes y postconflictos en cualquier parte del mundo con programas de ayuda humanitaria, recuperación, desarrollo, actividades de salud, defensa de los derechos humanos y promoción de valores humanitarios.

En cuanto a las sociedades nacionales, son el componente nacional del Movimiento. Actúan como auxiliares de los poderes públicos de sus respectivos países en el ámbito humanitario interno, prestan socorro en caso de desastre y realizan programas sanitarios y sociales. Además, apoyan en catástrofes en otras partes del mundo, colaborando con la Federación Internacional. Para el Movimiento, la red que forman las sociedades nacionales es su auténtica espina dorsal<sup>196</sup>.

Así pues, la Cruz Roja es en la actualidad una organización humanitaria que no sólo socorre a las víctimas de guerra. Es más, dentro de los conflictos armados la asistencia a heridos y enfermos militares ha pasado a un segundo plano. Tanto es así que en sus páginas web, folletos divulgativos y demás instrumentos de difusión y promoción de su actividad, no hay fotografías de soldados heridos o enfermos. Toda la asistencia sanitaria se refleja en personas civiles. En este sentido, el apartado de su web dedicado a las normas para limitar el sufrimiento en la guerra se incluyen 17 fotografías de una serie que según se dice en la propia página, “ilustra las normas establecidas en los Protocolos adicionales de 1977 a los Convenios de Ginebra”, y ninguna es de un militar. Esto evidentemente no quiere decir que no se lleven a cabo actividades para el colectivo militar, pero sí que ya no tienen la importancia de siglos pasados, a buen seguro porque las fuerzas armadas disponen de recursos suficientes para ello.

---

<sup>196</sup> CICR: El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja de un vistazo (folleto). CICR. Pág. 5.

Por tanto, el papel de actor sanitario que durante siglos venía realizando la Cruz Roja en los teatros de operaciones, está siendo desplazado por los cuerpos militares de Sanidad en los conflictos en que intervienen fuerzas armadas de países desarrollados, no así evidentemente en los países del Tercer Mundo, en que las más de las veces los conflictos se producen entre guerrillas y facciones que carecen de servicios médicos, con lo que la ayuda de Cruz Roja y otras organizaciones de socorro es todavía fundamental. En Siria por ejemplo, el CICR está trabajando con unidades móviles y aportando material médico-quirúrgico. La misión en lugares como Alepo ha sido fundamental para la asistencia sanitaria a heridos y enfermos de toda condición<sup>197</sup>. En Yemen, se mantiene la asistencia médica en zonas de conflicto como Adén, a pesar del reciente ataque a las oficinas de la subdelegación del Comité. Ucrania, Irak o Nigeria son lugares donde el Comité lleva a cabo directamente actividades de socorro sanitario a heridos y enfermos militares.

Ahora bien, lo que el Comité Internacional mantiene en plena vigencia es la función garantizadora de la aplicación de la Convención. Su labor de intermediación neutral ante los gobiernos contendientes y los propios jefes militares es fundamental para que se respeten los Convenios y los derechos de los militares heridos, enfermos y prisioneros de otro bando, amén naturalmente de las condiciones de vida de la población civil que, aunque no sea objeto de este trabajo, es en estos momentos el objetivo básico de su intervención en el conflicto. Sin la auténtica diplomacia humanitaria que supone la mediación de los delegados del Comité, habría muchos más episodios de tortura y exterminio de los que aún se dan en los conflictos actuales.

Y en la misma línea, su labor de dar a conocer el derecho de la Convención se completa, según Sandoz, con la labor de revisión permanente de las normas humanitarias para adecuarlas a las realidades de los conflictos, promoviendo reuniones periódicas de grupos de expertos que reflexionen sobre

---

<sup>197</sup> CICR: Crisis en Siria y la región. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/where-we-work/middle-east/siria>



los problemas de aplicación encontrados y sus posibles soluciones, alentando a los Estados a tomar, en el ámbito nacional, las medidas necesarias para su puesta en práctica y concienciando en fin a la comunidad internacional para que profundice en el desarrollo normativo humanitario.

Fruto de esta labor, que no es exclusiva del Comité pero en la que su actuación tiene un indudable peso, han visto la luz varios tratados para la protección de las víctimas, entre los que merece destacarse el de la creación de la Corte Penal Internacional, que tiene competencia para enjuiciar la mayoría de las infracciones calificadas graves en los convenios. El papel del CICR fue fundamental para su creación<sup>198</sup>

Por otra parte, aunque la Cruz Roja es la organización que interviene prioritariamente en asistencia sanitaria en guerras, existen otras sociedades que también tienen una importante presencia. De ellas citaremos en primer lugar a Médicos sin Fronteras, creada en el año 1971 por un grupo de médicos y periodistas escindidos de Cruz Roja.

Con prácticamente los mismos objetivos de ayuda a víctimas de desastres y guerras, su presencia en los actuales conflictos es muy importante. Por poner un ejemplo, en Libia mantuvieron puestos médicos avanzados en zonas de combate como Al Hicha, que estabilizaban a los heridos para su evacuación por ambulancias de la organización a varios hospitales regentados por ella, como el Kasr Ahmed en Misrata o el Ibn Sina, en Sirte. Además proporcionó a los equipos sanitarios de los contendientes medicamentos y material médico quirúrgico para curas de urgencia<sup>199</sup>. Yemen, Siria, Líbano, Sudán del Sur o Somalia son también objeto de atención por esta organización, que trabaja como Cruz Roja en primera línea de los enfrentamientos.

---

<sup>198</sup> VALLADARES, Gabriel Pablo: El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y su contribución al desarrollo convencional del Derecho Internacional Humanitario en los comienzos del siglo XXI. En XXXV Curso de Derecho Internacional: "Nuevos Desarrollos del Derecho Internacional en las Américas". Organización de Estados Americanos. Págs. 299-302.

<sup>199</sup> MÉDICOS SIN FRONTERAS: Libia: MSF acerca la asistencia a los heridos de guerra. Disponible en <http://www.msf.es/noticia/2011/libia-msf-acerca-asistencia-heridos-guerra>.

Por último, existen otras organizaciones no gubernamentales que realizan labores de asistencia a heridos y enfermos militares, aunque ya sin el carácter genérico de las dos anteriores.

Entre ellas hemos de destacar los misioneros de todas las confesiones religiosas, que tienen instalados dispensarios en los lugares más recónditos del mundo, en los que atienden a todos los heridos y enfermos sin preguntar su procedencia o credo. Son esos centros en los que militares y civiles procedentes de primera línea encuentran la asistencia sanitaria que sus propios correligionarios no les dan, porque carecen de medios, y que sus enemigos le niegan como una forma una forma más de exterminio. Y es que cuando los occidentales se van de las zonas de conflicto porque el riesgo es grandísimo, quedan en ellas esos misioneros, insistimos, de todas las religiones, que se resisten a abandonar a su suerte a los damnificados. Como mero ejemplo y sin ánimo de distinguir o primar a ninguno de ellos, pues todos realizan una encomiable labor, citaremos las misiones salesianas, los Salesianos de Don Bosco, que tienen presencia en prácticamente todos los conflictos africanos con excepción de Somalia. Kenia, Mali, los dos Sudanes, República Democrática del Congo y Sierra Leona, son países en los que han trabajado y siguen trabajando. Su presencia en campos de refugiados tan grandes y conflictivos como los de Jartum, Daab, Kakuma, confirman su decidida vocación de ayuda a los destinatarios de la Convención. Igualmente, su misión de Duékoué en Costa de Marfil, fue convertida en 2011 en un campo de refugiados que acogió a todas las personas que allí llegaban huyendo del conflicto y de la masacre, con independencia de su etnia, cultura o religión. En dicho centro, que fue el único lugar seguro en la zona durante la crisis electoral, colaboraron con Cruz Roja y Médicos sin Fronteras para prestar asistencia sanitaria a heridos militares heridos o enfermos de ambos bandos y civiles desplazados. En República Centroafricana han mantenido abierto un dispensario en Galabadja juntamente con Médicos sin Fronteras, en el que se asistía a heridos y enfermos civiles y militares, actuando

siempre con absoluto respeto a los Convenios. Por último, decir que las misiones salesianas lideran una campaña para la protección de los niños soldado<sup>200</sup>.

En todo caso, las organizaciones no gubernamentales más importantes someten sus actuaciones al Código de conducta que firmaron en 1994 sobre la base de los principios de humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, carácter voluntario, unidad y universalidad, que siempre han sido inspiradores del CICR. Este denominado Código de Conducta para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y las Organizaciones No Gubernamentales en la ayuda en desastres, fue elaborado por el Steering Committee for Humanitarian Response (SCHR), organización que agrupa a numerosas ONG,s entre las que están las más importantes, y tiene como objetivo definir unas normas de conducta y garantizar la independencia, la eficacia y la repercusión de las operaciones de ayuda humanitaria, que en síntesis son las siguientes:

- Lo primero es el deber humanitario.
- La ayuda prestada no está condicionada por la raza, el credo o la nacionalidad de los beneficiarios ni ninguna otra distinción de índole adversa. El orden de prioridad de la asistencia se establece únicamente en función de las necesidades.
- La ayuda no se utilizará para favorecer una determinada opinión política o religiosa.
- Nos empeñaremos en no actuar como instrumentos de política exterior gubernamental.
- Respetaremos la cultura y las costumbres locales.
- Trataremos de fomentar la capacidad para hacer frente a catástrofes utilizando las aptitudes y los medios disponibles a nivel local.
- Se buscará la forma de hacer participar a los beneficiarios de programas en la administración de la ayuda de socorro.

---

<sup>200</sup> Disponible en: <http://www.misionessalesianas.org>.

- La ayuda de socorro tendrá por finalidad satisfacer las necesidades básicas y, además, tratar de reducir en el futuro la vulnerabilidad ante los desastres.
- Somos responsables ante aquellos a quienes tratamos de ayudar y ante las personas o las instituciones de las que aceptamos recursos.
- En nuestras actividades de información, publicidad y propaganda, reconoceremos a las víctimas de desastres como seres humanos dignos y no como objetos que inspiran compasión.

Y aunque si bien en el texto del acuerdo se dice que en caso de conflicto armado el Código de Conducta se interpretará y aplicará de conformidad con el Derecho Internacional Humanitario, lo cierto es que en las normas no se alude ni siquiera indirectamente a la atención a las víctimas militares, lo que juntamente con otros indicadores de la filosofía de su actuación, llevan a la conclusión de que hoy día la atención sanitaria de las organizaciones de socorro a los heridos militares en zonas de operaciones está en un estrato inferior al de la población civil y es prácticamente residual. Su dedicación a paliar los sufrimientos de los damnificados por los conflictos parece que no deja recursos para intervenir en la asistencia a los militares, una actividad que en el caso de las organizaciones que la llevan a cabo, incluso parecen querer ocultar, como si fuera negativa para su imagen pública o contraria a su ideario, lo cual entendemos no casa con los principios humanitarios que todas proclaman.

## **V. MATERIAL Y MÉTODO**

Como ha podido comprobarse, la Memoria se divide en dos partes bien diferenciadas, que coinciden con los objetivos propuestos. La primera se inicia con una breve exposición de los fundamentos éticos y deontológicos de la asistencia sanitaria en los conflictos armados, continuando después con el análisis de la asistencia sanitaria en los conflictos armados, con una especial atención al contenido de los Convenios de Ginebra.

El estudio constituye una revisión clásica narrativa<sup>201</sup>, para el que se ha seguido el método UNESCO. La investigación bibliográfica se ha realizado a partir de los manuales, libros y revistas propuestos inicialmente por los directores para el análisis de los fundamentos éticos y deontológicos, la mayor parte de ellos obrantes de la biblioteca del Área. A continuación se realizó una búsqueda en la base de datos especializada de la página web del Comité Internacional de la Cruz Roja, que es sin ninguna duda la más amplia en materia de Derecho Humanitario, Convenios de Ginebra y asistencia sanitaria en conflictos armados.

La búsqueda de información especializada se ha realizado igualmente en las bases de datos, Aranzadi Westlaw, Noticias Jurídicas, Tirant lo Blanc y Dialnet. En ellas se han utilizado como principales criterios de búsqueda las siguientes palabras clave: derecho humanitario, convenios ginebra, heridos guerra, asociación médica mundial, derecho médico conflicto armado, sanidad militar y conflicto armado.

La búsqueda en bases de datos médicas se ha realizado en Pubmed. En cuanto a información y búsqueda específicamente militar, además de la bibliografía propia del autor y de la cátedra extraordinaria “Almirante Martín Granizo” de esta Universidad, se ha utilizado la proporcionada por la biblioteca del Acuartelamiento “General Arroquia” de Salamanca y el Centro de Estudios Superiores de la Defensa Nacional (CESEDEN) de Madrid. También se ha utilizado la colección de revistas de Sanidad Militar obrantes en el botiquín de Acuartelamiento “General Arroquia” y de propiedad particular, así como los

---

<sup>201</sup> CAMORRO FERNÁNDEZ A.J y MARCOS MARTÍN M: Revisión clásica y revisión sistemática. En Guía para la elaboración de trabajos científicos. MIRÓN-CANELO Editor. Pág 39-45

boletines de información, cuadernos de estrategia y monografías del CESEDEN, parte de ellas disponibles en formato papel y parte on line.

Sobre manuales de filosofía, libros de autores clásicos y revistas relacionadas con la materia, se ha acudido a la biblioteca particular de D. Adolfo Cruz Alberich. Y en materia de ayuda humanitaria y ONG,s, se han utilizado los recursos de los servicios de prensa de Misiones Salesianas.

Igualmente se ha utilizado internet para acceder a los recursos y estudios de diversas entidades y organismos. Principalmente se han utilizado los del Comité Internacional de la Cruz Roja, Cruz Roja Española, Médicos sin Fronteras, Real Instituto Elcano, Grupo de Estudios Estratégicos, Grupo Atenea Seguridad y Defensa y Human Rights Watch.

Asimismo, la página web del Ministerio de Defensa en general, y del CESEDEN e Instituto Español de Estudios Estratégicos en particular, que han aportado importantes datos relativos a artículos e informes. Al tratarse de un tema relacionado con las Fuerzas Armadas, también se consultó el repositorio del Instituto Universitario “General Gutierrez Mellado” de la UNED. En el plano internacional, principalmente los recursos de la Escuela de Derechos Humanos y Derecho Internacional Humanitario del Ejército Nacional de Colombia y el Centro del Derecho Internacional Humanitario y Derechos Humanos del Perú.

Una vez seleccionada la búsqueda bibliográfica, se realizaron escaneos y fichas conceptuales de los trabajos seleccionados, integrando todo ello en un archivo informático sistematizado y adaptado a los temas que se iban a tratar para, posteriormente, proceder a la redacción de los fundamentos teóricos, comenzando por el análisis de los éticos y deontológicos de tipo general y el estudio de la ética aplicable a los conflictos armados. La reseña histórica parecía obligada para explicar la evolución que ha experimentado la asistencia sanitaria en las guerras. El estudio de los Convenios de Ginebra y la concreción de los derechos de pacientes y profesionales da respuesta al primero de los objetivos del trabajo, que culmina y enlaza con el segundo a través del estudio de las

actuales organizaciones sanitarias militares españolas, paso previo a la investigación sobre el grado de conocimiento, aplicación y respeto de los Convenios por las Fuerzas Armadas de nuestro país, que se ha llevado a cabo de forma analítica, recabando la información por el procedimiento de aplicación de una encuesta a un grupo de militares.

La segunda parte es un estudio de campo con el que pretendemos conocer si los Convenios de Ginebra son suficientemente conocidos por los militares y si se aplican de acuerdo con su espíritu y finalidad. En el ejercicio de su actividad, los miembros de las Fuerzas Armadas se verán obligados a aplicar directamente las prescripciones de las normas y a la vez serán destinatarios de los beneficios que los textos comportan, configurándose para ellos su contenido como un auténtico catálogo de derechos-deberes que deben respetar y aplicar, pero también invocar para su propio provecho en caso necesario. De este modo, enfocando hacia ellos la investigación, podremos extraer importantes conclusiones sobre si es o no correcta su aplicación.



## 1. POBLACIÓN ESTUDIADA

Para averiguar cuál es el grado de conocimiento de los militares sobre los Convenios de Ginebra y como los aplican en las situaciones de crisis, se entendió que la mejor forma era preguntarlo, dirigirse a los propios uniformados utilizando una encuesta. Y ya desde el principio han podido verse las dificultades que ello encierra. En primer lugar, por una cuestión formativa: los militares reciben su enseñanza profesional básica en función del empleo o grado que van a ostentar al adquirir esa condición, con lo cual los períodos de tiempo que pasan formándose en sus academias son muy diversos, tan amplios como el número de cuerpos y escalas que existen, que son muchos por cierto, hasta el punto que pueden ir de unos pocos meses a cinco años.

Por otra parte, en las propias unidades de destino existen militares que no han participado nunca en una operación internacional, junto a otros que lo han hecho en varias. Y dentro de ellas, personas que no han tenido experiencia con heridos, enfermos o prisioneros, o empleos que no han tomado decisión alguna sobre ellos. La diversidad por tanto es muy grande. Más por si ello no bastara, en el caso de los militares sanitarios existe una amplia dispersión territorial, dado que es un Cuerpo relativamente pequeño, con muy pocos efectivos destinados en unidades operativas.

En otro orden de cosas, tampoco hay que olvidar a estos efectos que las cuestiones que han de preguntarse son sensibles y que por evidentes razones no puede encuestarse a quienes están participando o van a participar de forma inmediata en operaciones exteriores en el momento de la aplicación de la encuesta.

Con estas limitaciones y definido como está teóricamente el objetivo que se pretende alcanzar, que como ya hemos dicho no es otro que averiguar lo que saben los militares sobre los Convenios de Ginebra y si los aplican de forma correcta y adecuada, se concluyó en que el tipo de investigación más adecuado es el análisis descriptivo, para lo que se elaboraron dos proyectos de encuesta o

cuestionario diferenciados. En este sentido aclarar que el universo objeto de estudio, el de los militares profesionales, tiene un núcleo fundamental, que es el dedicado al empleo de la Fuerza, y otro que realiza básicamente funciones de apoyo. En este segundo grupo se encuentra el Cuerpo Militar de Sanidad, cuyos miembros, según el artículo 39 de la ley de la carrera militar, tienen como cometido la atención a la salud en los campos logístico-operativo, asistencial y pericial y los relacionados con la psicología, farmacia y veterinaria<sup>202</sup>.

Pues bien. Se ha considerado necesario analizar por separado los grupos antes indicados porque su relación con el tema es distinta. Así, a los facultativos militares, por su condición de especialistas en salud, ha de exigírseles un plus de preparación en el ámbito convencional. De entre ellos, teniendo en cuenta las limitaciones antes señaladas, se ha tomado una muestra simple que incluye prácticamente todas las especialidades, por entender que todos están protegidos por los Convenios y a la vez obligados por sus prescripciones.

En cuanto al resto de militares, que agruparemos como no sanitarios a los efectos del estudio, se ha tomado una muestra significativa del Ejército de Tierra, comenzando por un grupo de Oficiales y Suboficiales y una muestra completa del personal de dos compañías, precisamente para poder analizar las diferencias de formación entre Cuadros de Mando y Tropa.

Además, intentando tener un siquiera leve alcance internacional, se ha orientado una parte de la investigación hacia países sudamericanos con recientes conflictos internos, precisamente por su experiencia en este tipo de contiendas, pudiéndose contar con un pequeño grupo de militares de ejércitos sudamericanos, principalmente colombianos, peruanos y salvadoreños, que

---

<sup>202</sup> La ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la carrera militar, define los Cuerpos y Escalas militares con arreglo a los cometidos que tienen que desempeñar, distinguiendo en cada uno de los tres ejércitos, Tierra, Armada y Ejército del Aire, unos Cuerpos Generales, que son los que se dedican propiamente al empleo de la Fuerza, y otros que realizan principalmente funciones de apoyo, entre los que se encuentran los cuerpos de Ingenieros, Intendencia, Jurídico, Intervención, Músicas y Sanidad. Esta organización de los efectivos militares en cuerpos combatientes y cuerpos de apoyo, es similar en casi todos los ejércitos de nuestro entorno.

ofrecen la visión del conocimiento de las normas en dos países con conflictos internos muy recientes, el colombiano aún no ha terminado.

Por sus características, el estudio realizado es además de descriptivo, observacional, en el sentido de que no media intervención por parte del investigador; transversal, esto es, ceñido al período de tiempo concreto en el que se ha aplicado la muestra, el año 2014; descriptivo, porque recopila datos que permiten deducir la situación y poblacional, porque se ciñe a un grupo aleatorio del colectivo.

El grupo de militares profesionales de la salud está constituido por 53 facultativos de las diversas especialidades, que voluntariamente se han prestado a colaborar. En situación de servicio activo, todos han participado en misiones internacionales. Los militares sudamericanos lo han hecho también en conflictos armados internos especialmente virulentos.

## 2. LA ENTREVISTA

Al tratarse de personas destinadas en diversos lugares, la forma de difusión de la encuesta se realizó mediante la participación de un grupo de colaboradores, todos ellos militares, a los que se hizo llegar una petición de apoyo por correo electrónico, del siguiente texto:

*Estimado compañero:*

*Te escribo para solicitar tu colaboración relacionada con mi tesis doctoral.*

*El trabajo de investigación en líneas generales está dedicado a los Convenios de Ginebra para la protección de heridos enfermos y personal sanitario en conflictos armados. Se inicia con unos antecedentes históricos, luego un análisis de los Convenios y termina con los resultados de una encuesta que quiere analizar el grado de conocimiento y aplicación de los convenios por las Fuerzas Armadas Españolas, para lo cual hemos elaborado una encuesta que pueden cumplimentar médicos, enfermeros, psicólogos y farmacéuticos, y otra el resto de militares no sanitarios.*

*Por supuesto que no es ningún examen y es totalmente anónima. Los resultados serán tratados en el Área de Medicina Legal de la Facultad de Medicina de Salamanca, que es el que me dirige la tesis. Se tarda 10 minutos en hacer.*

*Muchas gracias por tu ayuda, que desde luego es inestimable.*

*Un abrazo.*

La respuesta, en forma de encuesta cumplimentada, se realizó mayoritariamente por correo electrónico, aunque algunos prefirieron utilizar el correo ordinario.

En cuanto a los militares no sanitarios, se ha aplicado la encuesta a 164 personas, entre los que se encuentran más de 64 militares sudamericanos. Los españoles se han obtenido por medio de una red de contactos en las bases Cid

Campeador, Botoa, Acuartelamiento “General Arroquia” y Escuela de Sanidad, todas del Ejército español. Los sudamericanos eran asistentes al Congreso Mundial de Derecho Militar celebrado en Bogotá en el mes de noviembre de 2014. Merece destacar la participación de una unidad tipo compañía<sup>203</sup>, lo que dará una visión completa de los niveles de formación y conocimiento de los distintos escalones básicos de mando que intervienen en el combate.

---

<sup>203</sup> Según el Manual de Enseñanza ME7-011(módulo de formación militar básica del Ejército de Tierra), la Compañía es la más importante de las Unidades elementales; unidad primaria de combate y elemento táctico básico. Está integrada por tres a cinco Secciones, variando según la Unidad. La manda un Capitán y es asimismo la unidad administrativa menor de encuadramiento.

### 3. EL CUESTIONARIO

Para la realización de la encuesta se han utilizado dos cuestionarios distintos, uno para los militares no sanitarios y otro para los sanitario. Ambos se recogen en el anexo de esta memoria. Comenzaremos su comentario el correspondiente al personal no sanitario, que se divide en cuatro bloques fundamentales:

#### 3.1 DATOS DEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES

Aunque como no podía ser menos la encuesta es anónima, consideramos necesario manejar unos pocos datos demográficos y profesionales, que servirán posteriormente para obtener conclusiones comparativas.

Inicialmente el tercer concepto del cuestionario era “Empleo”, que es como se conoce en España a la graduación militar. Pero cuando se aplicó a militares de ejércitos sudamericanos se detectó que no era comprendido por los encuestados, por lo que hubo de cambiarse por el de “Grado”.

- 1) NACIONALIDAD EJÉRCITO GRADO
- 2) TIPO DE RELACIÓN CON LAS FAS
- 3) ESPECIALIDAD FUNDAMENTAL
- 4) ESPECIALIDAD COMPLEMENTARIA
- 5) TIPO DE PUESTO TÁCTICO
- 6) AÑOS DE SERVICIO
- 7) EDAD
- 8) SEXO

Todas son variables predictivas o independientes, por lo que se utilizarán para correlacionarlas con las variables de los demás bloques. De entre ellas distinguimos las clásicas de nacionalidad, edad, y sexo, de las dos más específicamente militares, que son la especialidad fundamental y, sobre todo, los años de servicio, que sin duda arrojará luz sobre la eficacia de la formación continua, a la que se da tanta importancia en otros aspectos de la vida militar.

### 3.2 FORMACIÓN GENERAL Y EN DERECHO DE GINEBRA

Con las preguntas de este bloque se pretende conocer cuál es el tiempo que se dedica a explicar la Convención en los centros docentes de formación y si el tema tiene suficiente carga lectiva en los programas formativos generales de los militares<sup>204</sup>. De ello indudablemente puede colegirse la importancia que la institución da a los tratados.

Otras preguntas están enfocadas a conocer si la formación recibida se ha orientado al respeto de los derechos de los pacientes y los profesionales de la salud.

---

<sup>204</sup> La enseñanza militar se regula en el Título IV de la ley de la carrera militar, que distingue entre la enseñanza de formación, que es la que capacita a los aspirantes para adquirir la condición militar, y la de perfeccionamiento, que permite al ya militar adquirir especialidades actualizar conocimientos. Ello sin perjuicio de la formación continua, que está presente a lo largo de la carrera de todos los militares. La relacionada con las reglas de enfrentamiento, el derecho humanitario y los derechos y obligaciones de pacientes y personal sanitario, se incluye en la enseñanza de formación y se actualiza durante la formación continua, especialmente en las jornadas de preparación a la participación en misiones internacionales.

La enseñanza de formación es muy distinta según que los alumnos sean aspirantes a oficiales de carrera, oficiales de complemento, suboficiales o tropa. En el caso de los oficiales tiene una duración de cinco años, tres en el de los suboficiales, seis meses en el de los oficiales de complemento y tres en el de la tropa.

En el caso de los militares de Tropa, el Ejército de Tierra tiene editado un manual de enseñanza denominado “Módulo de Formación Militar Básica. Fichas de Instrucción”, más conocido por su codificación ME7-011, que recoge los conocimientos elementales y fundamentales que, según sus propias palabras, debe tener cualquier soldado para que pueda afrontar una situación de combate. Entre las fichas a utilizar por los instructores está una dedicada a las leyes y usos de la guerra, en las que incluye los Convenios de Ginebra y La Haya, recomendando explicarlas en una sesión teórica en aula de cincuenta minutos. En el apéndice del manual se concreta que el programa de formación básica del soldado tiene una duración total teórico práctica de 200 horas, de las que una de ellas es la dedicada a los Convenios. Además de ello, los soldados reciben tres sesiones sobre primeros auxilios, transporte de heridos, normas de asistencia sanitaria y material sanitario de urgencia y una más sobre higiene, profilaxis, alcoholismo, drogodependencias y enfermedades de transmisión sexual.

- 9) PERÍODO DE FORMACIÓN BÁSICA:
- 10) ¿EN SU PERÍODO DE FORMACIÓN SE INCLUYÓ ALGUNA SESIÓN O CLASE DEDICADA A LOS CONVENIOS DE GINEBRA?
- 11) ¿EN ESAS SESIONES SE TRATÓ EL TEMA DEL ESTATUTO DEL PERSONAL SANITARIO EN CASO DE CONFLICTO ARMADO?
- 12) ¿LE EXPLICARON QUIENES TIENEN LA CONSIDERACIÓN DE PERSONAL SANITARIO?
- 13) ¿LE EXPLICARON CORRECTAMENTE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL PERSONAL SANITARIO?
- 14) ¿LE EXPLICARON SUS DERECHOS EN CASO DE SER HERIDO O ENFERMO?

### 3.3 GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CONVENCION DE GINEBRA

Es uno de los objetivos primordiales del cuestionario y por eso se puso especial énfasis en él, de ahí que se pretendiera que el encuestado fuera lo más objetivo y sincero posible. Precisamente para evitar que en los cuestionarios extendidos on line se utilizaran textos de ayuda, se incluyó la petición de que no se consultaran fuentes.

Las mayoría de la preguntas recogen conceptos básicos, aunque para responder a algunas de ellas se requieren conocimientos avanzados de los Convenios y sus Protocolos Adicionales.

**(Tenga en cuenta que esto no es un examen. Responda sin consultar ningún documento ni fuente)**

- 15) ¿CUÁNTOS SON LOS CONVENIOS DE GINEBRA?
- 16) ¿SON APLICABLES A TODOS LOS HERIDOS Y ENFERMOS?
- 17) ¿DISTINGUEN ENTRE LOS HERIDOS Y ENFERMOS MILITARES DE LOS CIVILES?
- 18) ¿TODOS LOS CONVENIOS SON APLICABLES A TODOS LOS CONFLICTOS ARMADOS?
- 19) ¿LOS CONVENIOS DE GINEBRA TRATAN SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS BIENES CULTURALES?



- 20) ¿Y DE LOS HOSPITALES?
- 21) ¿HAY MÁS DISTINTIVOS DE PERSONAL SANITARIO APARTE DE LA CRUZ ROJA Y LA MEDIA LUNA ROJA?
- 22) ¿QUÉ SIGNIFICA LA EXENCIÓN DE CAPTURA?
- 23) ¿QUIÉN DEBE PROPORCIONAR LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS PRISIONEROS?
- 24) ¿QUÉ PROTECCIÓN TIENE EL PERSONAL AUXILIAR DE UN HOSPITAL?
- 25) ¿MÉDICOS Y ENFERMEROS TIENEN DISTINTA PROTECCIÓN?
- 26) ¿QUÉ INSTALACIONES SANITARIAS TIENEN LA PROTECCIÓN DE LA CONVENCION?
- 27) ¿LOS SANITARIOS PUEDEN TENER ARMAMENTO?

### **3.3 EXPERIENCIA EN CAMPAÑA Y OPERACIONES INTERNAS E INTERNACIONALES**

El cuarto bloque del cuestionario es el dedicado a la experiencia profesional del encuestado. En este sentido, las misiones internacionales de mantenimiento de la paz deben considerarse operaciones de campaña, por cuanto que aunque en las mismas no existan batallas en el sentido literal del término, en todas se producen ordinariamente enfrentamientos armados en los que constantemente deben aplicarse los Convenios.

- 28) NÚMERO DE OPERACIONES EN CAMPAÑA U OPERACIONES INTERNACIONALES EN LAS QUE HA PARTICIPADO
- 29) TIPO DE OPERACIONES:
- 30) GRADO DE RESPONSABILIDAD EJERCIDO
- 31) EN LAS JORNADAS DE AMBIENTACIÓN PREVIAS HA HABIDO ALGUNA TEÓRICA DEDICADA A LOS CONVENIOS DE GINEBRA?
- 32) ¿REPASÓ, RELEYÓ O SIMPLEMENTE REFLEXIONÓ O REMEMORÓ LAS NORMAS DE LOS CONVENIOS DE GINEBRA Y SUS RESPONSABILIDADES COMO SANITARIO ANTES DE EMPRENDER EL VIAJE?

- 33) ¿HA TENIDO OCASIÓN DE TRATAR PROFESIONALMENTE A ALGÚN PRISIONERO Y/O DETENIDO?
- 34) ¿EN SU OPINIÓN LOS PRISIONEROS Y/O DETENIDOS RECIBÍAN ASISTENCIA SANITARIA CORRECTA?
- 35) ¿SABE SI EN LAS UNIDADES DONDE SIRVIÓ EXISTÍA ALGÚN PROTOCOLO DE TRATO FACULTATIVO A PRISIONEROS Y/O DETENIDOS?
- 36) ¿ALGUNA VEZ DIO O ESCUCHÓ ALGUNA ORDEN O INDICACIÓN SOBRE LA FORMA DE TRATAR MÉDICAMENTE A LOS CIVILES?
- 37) ¿ALGUNA VEZ DIO O ESCUCHÓ ORDEN O INDICACIÓN SOBRE PRIORIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA POR RAZÓN DE JERARQUÍA MILITAR?
- 38) ¿EN LOS HOSPITALES HABÍA ALGÚN TRATO DIFERENTE A LOS CIVILES?
- 39) ¿LOS ALOJAMIENTOS ERAN LOS MISMOS?
- 40) ¿CASO DE SER DISTINTOS, LA CALIDAD ERA SIMILAR?
- 41) ¿LAS COMIDAS ERAN IDÉNTICAS?
- 42) ¿CASO DE SER DISTINTAS, LA CALIDAD ERA LA MISMA?

### **3.3 COMENTARIO FINAL**

Se consideró necesaria la inclusión de un apartado en el que el encuestado pudiera plasmar alguna cuestión personal sobre el tema que considerara no había quedado suficientemente explicada en el cuestionario.

- 43) REALICE UN COMENTARIO SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS CONVENIOS DE GINEBRA PARA LA ASISTENCIA A HERIDOS, ENFERMOS Y PRISIONEROS Y EL TRATO Y CONSIDERACIÓN DEBIDA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN CASO DE CONFLICTO ARMADO EN LAS FUERZAS ARMADAS DE SU PAÍS

### **3.3 EL CUESTIONARIO DE LOS MILITARES SANITARIOS**

En cuanto a los militares sanitarios, el cuestionario utilizado es muy similar al anterior. La mayor parte de las preguntas son iguales, habiéndose añadido algunas técnicas y suprimido otras específicas de combatientes. Está dividido en los mismos bloques que el aplicado a los no sanitarios

En el primero, sobre los datos personales, son los mismos y en cuanto a profesionales se han suprimido dos preguntas específicas, sobre el tipo de relación con las Fuerzas Armadas y el puesto táctico, por considerar que no son variables significativas en el caso de los facultativos.

- 1) NACIONALIDAD: EJÉRCITO: GRADO:
- 2) ESPECIALIDAD FUNDAMENTAL:
- 3) AÑOS DE SERVICIO:
- 4) EDAD:
- 5) SEXO:

El segundo bloque, referido a la formación, se diferencia del cuestionario específicamente sanitario en la presencia de cuestiones técnico sanitarias.

- 6) ¿HIZO ALGÚN PERÍODO DE FORMACIÓN ESPECÍFICA SANITARIA EN UNA ACADEMIA SANITARIA MILITAR?
- 7) ¿EN LOS CURSOS DE FORMACIÓN SE INCLUYÓ ALGUNA SESIÓN O CLASE DEDICADA A LOS CONVENIOS DE GINEBRA?
- 8) ¿EN ESAS SESIONES SE TRATÓ EL TEMA DEL ESTATUTO DEL PERSONAL SANITARIO EN CASO DE CONFLICTO ARMADO?
- 9) ¿LE EXPLICARON CORRECTAMENTE SUS DERECHOS Y DEBERES POR SU CONDICIÓN DE PERSONAL SANITARIO?
- 10) ¿SE LE EXPLICÓ CONVENIENTEMENTE SU OBLIGACIÓN DE ATENCIÓN A HERIDOS Y ENFERMOS CON EL EXCLUSIVO CRITERIO DE LA URGENCIA MÉDICA?
- 11) ¿SE LE EXPLICÓ CONVENIENTEMENTE SU OBLIGACIÓN DE NO CLASIFICAR A HERIDOS Y ENFERMOS POR GRADUACIÓN MILITAR O BANDO?
- 12) ¿SE LE EXPLICÓ SUFICIENTEMENTE SU DERECHO A NO RECIBIR ÓRDENES RELATIVAS AL TRATO SANITARIO A HERIDOS O ENFERMOS?
- 13) ¿SE LE EXPLICÓ DE FORMA CLARA SU OBLIGACIÓN DE NO SOMETER A PERSONAS A ACTOS MÉDICOS NO INDICADOS POR SU ESTADO DE SALUD?

El tercer bloque, relativo al grado de conocimiento de los Convenios, es prácticamente idéntico, a salvo de la inclusión de una pregunta sobre si los convenios recogen los deberes más importantes del personal sanitario.

- 14) ¿CUÁNTOS SON LOS CONVENIOS DE GINEBRA?
- 15) ¿SON APLICABLES A TODOS LOS HERIDOS Y ENFERMOS?
- 16) ¿DISTINGUEN ENTRE LOS HERIDOS Y ENFERMOS MILITARES DE LOS CIVILES?
- 17) ¿RECOGEN LOS DEBERES MÁS IMPORTANTES DEL PERSONAL SANITARIO EN CASO DE CONFLICTO ARMADO?
- 18) ¿TODOS LOS CONVENIOS SON APLICABLES A TODOS LOS CONFLICTOS ARMADOS?
- 19) ¿LOS CONVENIOS DE GINEBRA TRATAN SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS BIENES CULTURALES?
- 20) ¿Y DE LOS HOSPITALES?
- 21) ¿HAY MÁS DISTINTIVOS DE PERSONAL SANITARIO APARTE DE LA CRUZ ROJA Y LA MEDIA LUNA ROJA?
- 22) ¿QUÉ SIGNIFICA LA EXENCIÓN DE CAPTURA?
- 23) ¿QUIÉN DEBE PROPORCIONAR LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS PRISIONEROS?
- 24) ¿QUÉ PROTECCIÓN TIENE EL PERSONAL AUXILIAR DE UN HOSPITAL?
- 25) ¿MÉDICOS Y ENFERMEROS TIENEN DISTINTA PROTECCIÓN?
- 26) ¿QUÉ INSTALACIONES SANITARIAS TIENEN LA PROTECCIÓN DE LA CONVENCION?
- 27) ¿LOS SANITARIOS PUEDEN TENER ARMAMENTO?

El cuarto bloque, que recoge las preguntas relativas a la experiencia en operaciones, es asimismo prácticamente igual. Difiere en la pregunta sobre los destinos concretos que se han ocupado, que en el caso de los sanitarios cita unidades sanitarias, y en las relativas a los tratamientos a heridos de otro bando o prisioneros, que en este caso se formulan en forma de conocimiento directo. Las preguntas diferentes son:

- 28) ¿EN CUÁNTAS CAMPAÑAS, OPERACIONES INTERNAS Y/O OPERACIONES INTERNACIONALES HA PARTICIPADO?
- 29) ¿CUAL HA SIDO SU DESTINO?
- 32) ¿HA TENIDO OCASIÓN DE TRATAR PROFESIONALMENTE A ALGÚN PRISIONERO Y/O DETENIDO?
- 33) ¿LOS PRISIONEROS Y/O DETENIDOS RECIBÍAN ASISTENCIA SANITARIA CORRECTA?
- 34) ¿EXISTÍA ALGÚN PROTOCOLO DE TRATO FACULTATIVO A PRISIONEROS Y/O DETENIDOS)
- 35) ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ ORDEN O INDICACIÓN SOBRE LA FORMA DE RECONOCER O TRATAR PRISIONEROS O CIVILES?
- 36) ¿ALGUNA VEZ RECIBIÓ ORDEN O INDICACIÓN SOBRE LA FORMA DE TRATAR MÉDICAMENTE A LOS CIVILES?
- 37) ALGUNA VEZ RECIBIÓ ORDEN O INDICACIÓN SOBRE PRIORIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA POR RAZÓN DE JERARQUÍA MILITAR
- 38) EN LOS HOSPITALES HABÍA ALGÚN TRATO DIFERENTE A LOS CIVILES?
- 39) ¿LOS ALOJAMIENTOS ERAN LOS MISMOS?
- 40) ¿CASO DE SER DISTINTOS, LA CALIDAD ERA SIMILAR?
- 41) ¿LAS COMIDAS ERAN IDÉNTICAS?
- 42) ¿CASO DE SER DISTINTAS, LA CALIDAD ERA LA MISMA?

Finalmente, el cuestionario termina de la misma forma que el anterior, con el comentario final en el que el encuestado puede plasmar lo que considere que en su opinión no ha quedado suficientemente explicado en las preguntas cerradas.

- 43) REALICE UN COMENTARIO SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS CONVENIOS DE GINEBRA PARA LA ASISTENCIA A HERIDOS, ENFERMOS Y PRISIONEROS Y EL TRATO Y CONSIDERACIÓN DEBIDA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN CASO DE CONFLICTO ARMADO EN LAS FUERZAS ARMADAS DE SU PAÍS

#### 4. METODOLOGÍA ESTADÍSTICA UTILIZADA

Para el análisis estadístico se ha empleado la aplicación informática SPSS-22 (IBM SPSS Statistics, v 22.0 for Windows; IBM Corp. Released 2013. Armonk. NY. USA).

Las técnicas y test estadísticos empleados han sido:

- Tablas de frecuencias y porcentajes para variables categóricas;
- Descriptivos habituales para variables cuantitativas: media, mediana, desviación estándar, con Test de Kolmogorov-Smirnov de bondad de ajuste al modelo de la curva normal de Gauss;
- Tablas de contingencia con test Chi-cuadrado, para el cruce de dos variables categóricas medidas en grupos independientes entre sí;
- Test de Chi-cuadrado de homogeneidad en una muestra para probar la hipótesis de existencia de mayoría significativa (más del 50% en una respuesta concreta)
- Test de diferencia entre dos medias: Student para grupos independientes entre sí
- Test de diferencias entre más de dos medias: Análisis de varianza (Anova) de un factor de efectos fijos con test de contrastes múltiples por pares de Tukey.

El nivel de significación fijado es el habitual 5% (significativo si  $p < .05$ ) excepto en el test KS de bondad de ajuste, donde se consideran significativas solo los desvíos graves del modelo, es decir al 1% (cuando  $p < .01$ ).

Por otra parte, el análisis estadístico ha sido organizado en tres bloques. En el primero se ha realizado el estudio descriptivo e inferencial de la muestra de militares no sanitarios (164 participantes). En el segundo se ha realizado el mismo tipo de análisis, tanto de la parte descriptiva como inferencial, con la muestra de 53 participantes militares sanitarios. Y en el tercero, se ha procedido a comparar entre ambas muestras la parte del cuestionario correspondiente a las secciones de: conocimientos sobre los Convenios de Ginebra y experiencia en campaña y operaciones internas e internacionales.

## **VI. RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

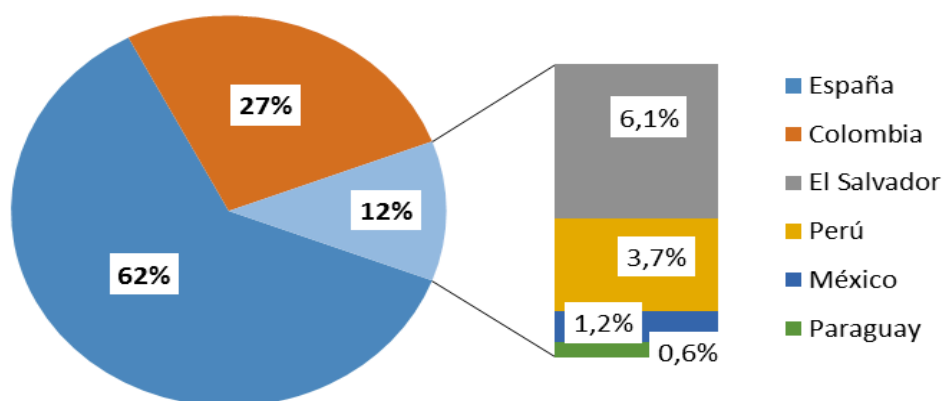
## 5. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA MUESTRA DE MILITARES NO SANITARIOS

### 1.1. DESCRIPTIVA DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES DE LA MUESTRA.

#### 1.1.1 País de origen.

De los 164 encuestados, una gran mayoría son españoles (101; el 61.6%). El resto proceden de países hispanoamericanos y en concreto principalmente de Colombia (44, el 26.8%). El restante 12% (19 participantes) se reparte entre otros 4 países, de entre los cuales El Salvador es el que más participantes presenta (10; 6.1%).

Figura 1: País de origen de los participantes no sanitarios



#### 1.1.2. Ejército y Grado

Respecto al Ejército, se puede admitir que casi todos ellos proceden del de Tierra, 158. Los demás son: 4 de Aire y 2 de la Armada.

En cuanto al Grado (Fig. 2), se ha realizado una agrupación de empleos en las clásicas categorías de Oficiales, Suboficiales y Tropa. De ellos, cerca de la mitad de los participantes son Tropa (43.9%) seguido de los Oficiales (25.6%;) y Suboficiales (21.3%). De igual modo y aunque la actual legislación no distinga

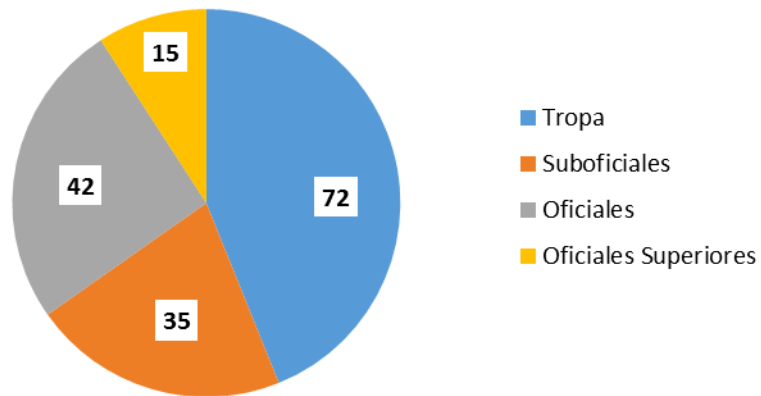


como categoría la de Oficiales Superiores, se ha querido mantenerla por razones prácticas, dadas sus responsabilidades de mando. En la muestra, lógicamente, representan la menor tasa (un 9.1%).

Tabla 1: Grado

	Frecuencia	Porcentaje
Oficiales Sups	15	9,1
Oficiales	42	25,6
Suboficiales	35	21,3
Tropa	72	43,9

Figura 2: Grado.



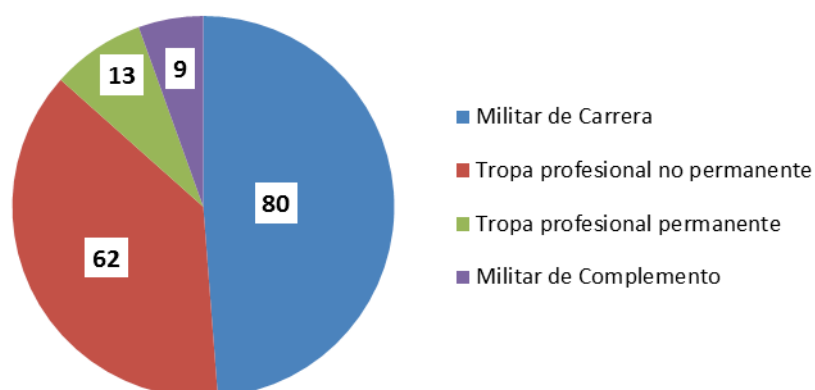
### 1.1.3. Tipo de relación con las FAS

Al respecto del tipo de relación con las FAS, prácticamente la mitad de la muestra son militares de carrera (48.8%) seguido del 37.8% que es tropa profesional no permanente. En la tabla 2 y figura 3 se observa claramente que hay menor presencia de tropa profesional permanente (13; 7.9%) y de militares de complemento (9; 5.5%).

Tabla 2: Relación con las FAS

	Frecuencia	Porcentaje
Militar de Carrera	80	48,8
Militar de Complemento	9	5,5
Tropa Permanente	13	7,9
Tropa no Permanente	62	37,8

Figura 3: Relación con las FAS.



La relación porcentual guarda relación con la proporción existente en las Fuerzas Armadas españolas<sup>205</sup>. En este sentido destacar que la mayor parte del personal de Tropa y Complemento están vinculados a las Fuerzas Armadas por un compromiso temporal, ya sea el inicial (uno o dos años) o de larga duración (hasta los 45).

#### 1.1.4. Cuerpo

El número de respuestas originales era muy amplio, por lo que se ha procedido a codificarlas en dos grandes grupos: Cuerpos Generales, del que tenemos un 86.6% de sujetos y Cuerpos Comunes y otros Cuerpos que

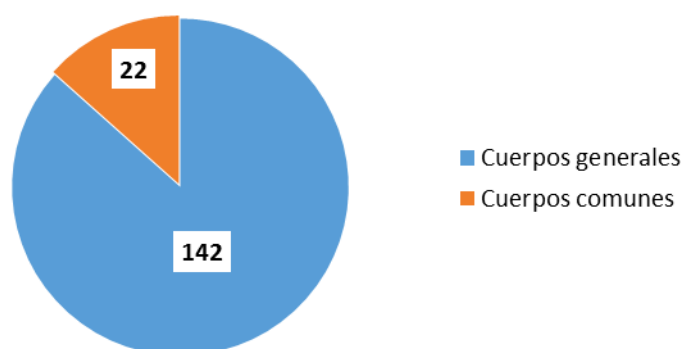
<sup>205</sup> A este respecto pueden consultarse las estadísticas de personal militar de carrera de las FAS, de la categoría de Oficial General, Oficial y Suboficial de las Fas y de personal militar de carrera del Cuerpo de la Guardia Civil, así como de Militar de Complemento, Militar de Tropa y Marinería y Reservista Voluntario, todas ellas correspondientes al año 2013, editadas por la Secretaría General Técnica del Ministerio de Defensa, edición abril de 2014.

podríamos denominar coloquialmente auxiliares, al que pertenece el restante 13.4%<sup>206</sup>. (tabla 3, figura 4)

Tabla 3: Cuerpo

	Frecuencia	Porcentaje
Cuerpos Generales	142	86,6
Otros.	22	13,4

Figura 4: Cuerpo.



### 1.1.5. Puesto táctico

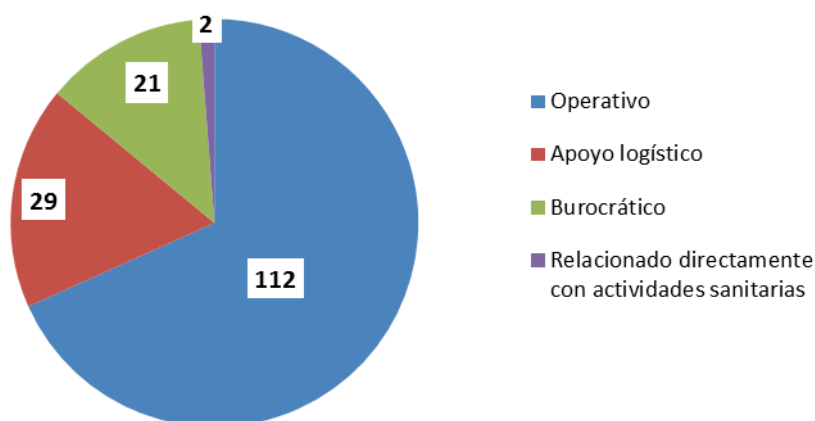
Aproximadamente los 2/3 de la muestra (un 68.3%) tienen un puesto táctico operativo. El resto se reparten entre: el 17.7% de apoyo logístico, el 12.8% burocrático y solamente el 1.2% está directamente relacionado con actividades sanitarias (tabla 4, figura 5).

Tabla 4: Puesto táctico

	Frecuencia	Porcentaje
Operativo	112	68,3
Apoyo logístico.	29	17,7
Burocrático	21	12,8
Relacionado activids sanitarias	2	1,2

<sup>206</sup> El artículo 26 de la Ley 39/2007, de 19 de noviembre, de la carrera militar organiza los ejércitos en torno a los Cuerpos General, de Intendencia y de Ingenieros Politécnicos en el Ejército de Tierra; General, de Intendencia, Ingenieros e Infantería de Marina en la Armada; General, Intendencia e Ingenieros en el Ejército del Aire y, finalmente, los Cuerpos Comunes de las Fuerzas Armadas que son el Jurídico, de Intervención, Sanidad y Músicas Militares.

Figura 5: Puesto táctico.



De donde se deduce que la mayor parte de los encuestados son combatientes en el sentido estricto del término.

#### 1.1.6. Años de servicio

Al respecto de esta variable, se han obtenido respuestas dentro del rango: menos de 1 año hasta 38 años como máximo y con mediana de 11 años de servicio, en tanto que el tiempo medio en el servicio es de casi 13 años ( $12,94 \pm$  desviación estándar de 7.24 años). Se aprecia (figura 6) una clara asimetría positiva (índice  $As=1.06$ ) es decir con mayor presencia de sujetos con valores bajos (menos tiempo) de hecho el 62.6% de los casos están por debajo de la media, de manera que la distribución se aleja significativamente del modelo de una campana normal de Gauss (con  $p<0,01$  en el test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov).

Sin duda la explicación a esta desviación se encuentra en la diferencia entre categorías. Así, los años de servicio son sensiblemente menores en la Tropa que en Oficiales y Suboficiales, precisamente por el tipo de relación con las Fuerzas Armadas. Ya hemos dicho –y comprobado—que los Militares de Tropa mantienen mayoritariamente una relación de servicios temporal, lo que hace que la rotación sea más dinámica y, consecuentemente, la renovación suponga un aporte de menos años de servicio. Según el Ministerio de Defensa, en el año

2013 los militares de tropa con compromiso temporal (hasta los 45 años), suponían nada menos que el 43,65 % del total<sup>207</sup>, lo cual justificaría las diferencias en tiempos de servicio (tabla 5).

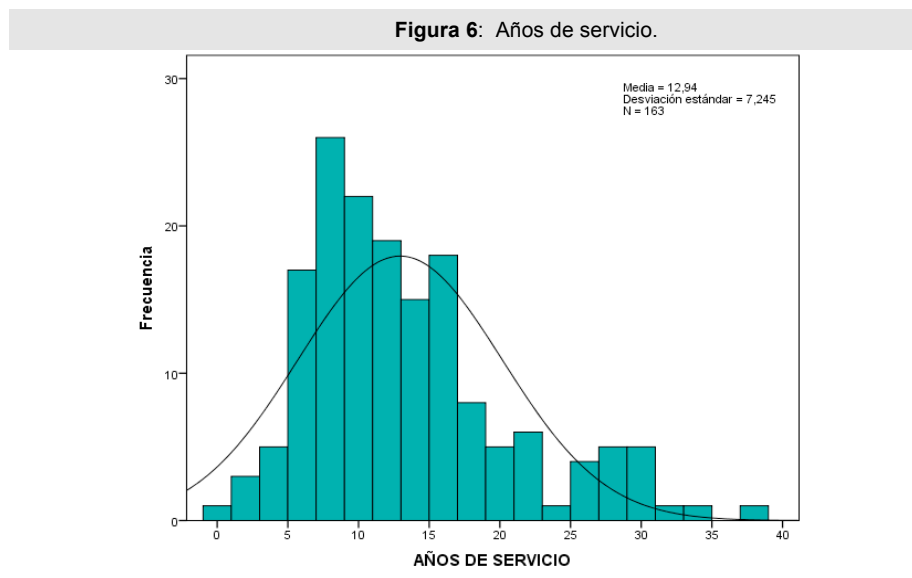


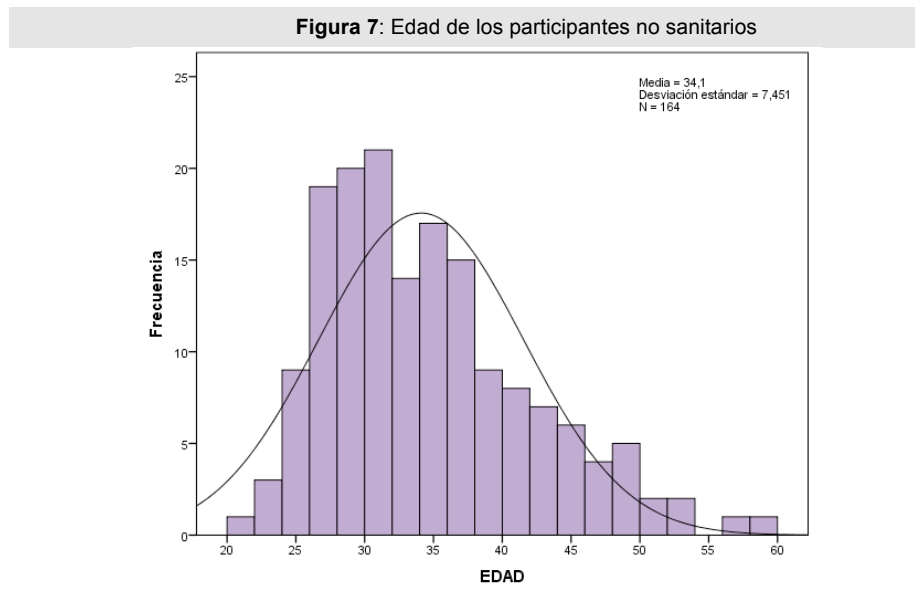
Tabla 5: Personal de los Ejércitos Españoles

	Frecuencia	Porcentajes
Militares de Carrera	43903	35,68
Militares de Complemento	1169	0,95
Militares de Tropa permanente	11962	9,72
Militares de Tropa larga duración.	42127	34,24
Militares de Tropa compromiso inicial	23883	19,41
TOTAL	123044	100

<sup>207</sup> Datos obtenidos de las estadísticas de personal militar de carrera de las FAS, de la categoría de Oficial General, Oficial y Suboficial de las Fas y de personal militar de carrera del Cuerpo de la Guardia Civil, así como de Militar de Complemento, Militar de Tropa y Marinería y Reservista Voluntario, todas ellas correspondientes al año 2013, editadas por la Secretaría General Técnica del Ministerio de Defensa, edición abril de 2014.

### 1.1.7. Edad y Género.

Con la edad sucede algo parecido a los años de servicio (figura 7). La edad media de la muestra es de 34.1 años con desviación estándar de 7.45 años. El rango observado va desde los 21 a los 58 con mediana 33 años de edad. Como en la anterior variable se aprecia una evidente asimetría positiva (índice  $As=0.83$ ) pero en este caso, y a pesar de ellos, se puede decir que la distribución presenta una mayor tendencia hacia la normalidad, ya que en el test de bondad de ajuste se obtiene solo un desvío significativo pero leve (solo con  $p<0,05$ ).



Y al igual que en la variable anterior, los diferentes tipos de relación justificarían la desviación apreciada. En este sentido, y como se ve en la tabla 6, la media de edad por categorías en los Ejércitos españoles es igualmente muy distinta, yendo de los 43,46 años de los militares de carrera (incluidos los Cuerpos Comunes), a los 25 de los militares de Tropa con compromiso inicial<sup>208</sup>.

<sup>208</sup> Idem

Tabla 6: Edades Medias Ejércitos Españoles

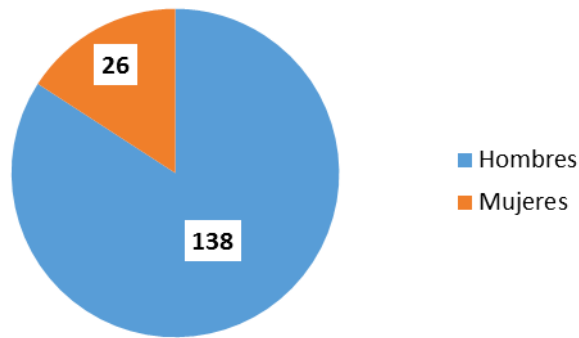
	Total
Militares de Carrera	43,46
Militares de Complemento	36,90
Militares de Tropa permanente	40,68
Militares de Tropa larga duración.	30,75
Militares de Tropa compromiso inicial	25,00

Con al respecto al género (tabla 7 y figura 8) se ha encontrado una notable presencia de mujeres: 26 (un 15,9%) siendo obviamente el restante 84,1% (138) varones. El resultado casa con los datos facilitados por el Ministerio de Defensa en septiembre de 2013, con motivo del 25 aniversario de la incorporación de la mujer a las Fuerzas Armadas, que ponen de manifiesto que el porcentaje en el total de los ejércitos era en aquellas fechas del 12,5 %, subiendo al 20,8 % en el caso del Cuerpo Militar de Sanidad<sup>209</sup>. Precisamente la menor proporción que pudiera apreciarse en relación con la incorporación de la mujer a otras profesiones, se justifica en el relativo poco tiempo de incorporación.

Tabla 7: Género de los encuestados

	Frecuencia	Porcentaje
Hombres	138	84,1
Mujeres	26	15,9

<sup>209</sup> [http://www.eldiario.es/politica/ciento-mujeres-Fuerzas-Armadas-incorporacion\\_0\\_203329931.html](http://www.eldiario.es/politica/ciento-mujeres-Fuerzas-Armadas-incorporacion_0_203329931.html)

**Figura 8:** Género de los encuestados no sanitarios

De todo lo anterior se colige que la muestra respeta en lo sustancial los parámetros que se aprecian en los ejércitos españoles, no existiendo desviaciones significativas ni en categorías, cuerpos, escalas o sexo. Y como ya se ha dicho, los resultados sobre años de servicio y edad estarían debidamente justificados.

## 1.2. FORMACIÓN GENERAL Y EN DERECHO DE GINEBRA

### 1.2.1. Formación básica

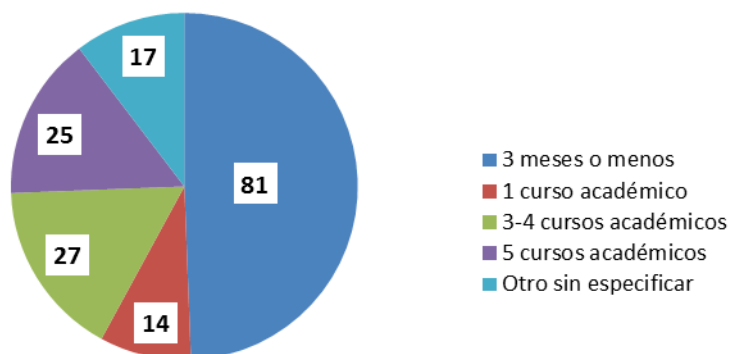
Prácticamente la mitad de los sujetos que responden a la encuesta (49,4%) afirman haber tenido una formación de 3 meses o menor. Un 8,5% al menos un curso académico, un 16,5% 3 ó 4 cursos académico y a estos se les puede añadir otro 15,2% que tienen 5 cursos académicos. Hay un destacable 10.4% de sujetos que señalan la opción “otro” sin especificar cuánto tiempo de formación han realizado (tabla 8 y figura 9).



Tabla 8: Tiempo de formación

	Frecuencia	Porcentajes
3 meses o menos	81	49,4
1 curso académico	14	8,5
3 cursos académicos	27	16,5
5 cursos académicos.	25	15,2
Otros	17	10,4

Figura 9: Periodo de formación básica



A estos efectos es interesante destacar que, por lo general, el período de formación básica de la Tropa es de 3 meses, el de los Suboficiales de 3 cursos y el de los Oficiales 5. Los militares de complemento suelen tener entre 3 meses y un curso académico, dependiendo del Cuerpo de adscripción. Y finalmente, el período de los militares de Cuerpos Comunes es de un curso. Ahora bien, al igual que en el sistema educativo general, este modelo ha sufrido varias revisiones, con lo que bien puede haber profesionales en las distintas categorías con períodos de formación distintos. Y ello sin olvidar que hay casos como el de los Oficiales que proceden de Suboficial, que han pasado por las academias varias veces, lo que da lugar a un período formativo diferente que entendemos se refleja en el apartado “Otros”.

### 1.2.2. Formación específica sobre la Convención de Ginebra

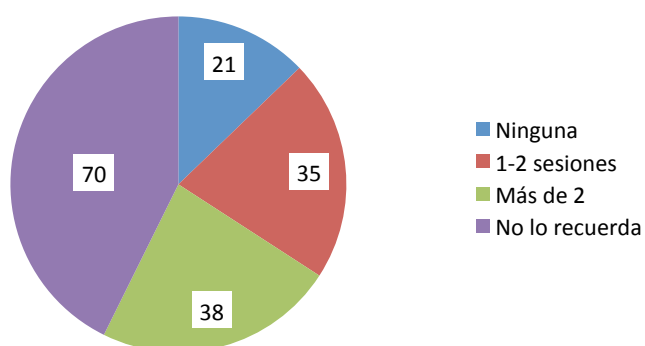
En cuanto a la formación específica sobre los Convenios de Ginebra, un 12,8% afirma que no tuvo ninguna, en tanto que cerca de la mitad (un 42,7%) afirma no recordarlo. Entre los que sí recuerdan haber tratado el tema, un 21,3% indica que tuvo 1 ó 2 sesiones y el restante 23,2% que más de dos (tabla 9 y figura 10). De manera que solamente un 44,5% de esta muestra de militares no sanitarios afirma haber tenido alguna formación específica sobre la Convención de Ginebra.

De ello deducimos que efectivamente la formación sobre los Convenios de Ginebra se imparte. Ahora bien, el hecho de que casi la mitad de los encuestados no la recuerde y que otros digan que no la han recibido, induce a pensar que la importancia que se da al tema en las academias es más bien escasa.

Tabla 9: Sesiones dedicadas a Convenios de Ginebra

	Frecuencia	Porcentajes
Ninguna	21	12,8
1-2 sesiones	35	21,3
Más de 2 sesiones	38	23,2
No lo recuerdan.	70	42,7

Figura 10: Sesiones dedicadas a los Convenios de Ginebra, dentro de su periodo de formación militar.



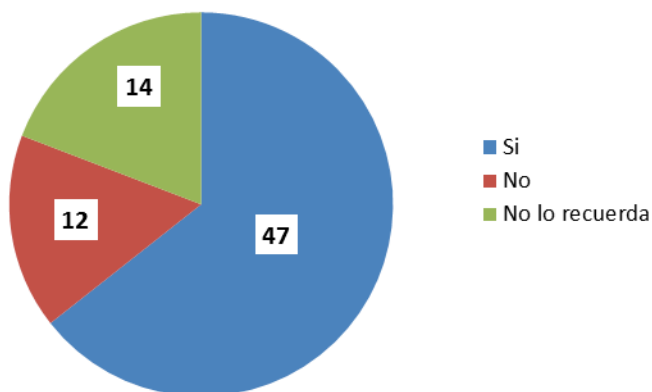
### 1.2.3. Estatuto del personal sanitario en caso de conflicto armado

Tras la respuesta anterior se seleccionan solo a los 73 participantes que afirman haber tenido alguna sesión sobre los convenios de Ginebra. De entre ellos, un 64,4% recuerda que sí se trató el tema del estatuto del personal sanitario a lo largo de esas sesiones. Por el contrario un 16,4% afirma que no trató esa cuestión. Y el resto, un 19,2%, no lo recuerda (tabla 10 y figura 11).

Tabla 10: Estudio estatuto personal sanitario

	Frecuencia	Porcentajes
SI se trató	47	64,4
NO se trató	12	16,4
No recuerda	14	19,2

Figura 11: Se trató el tema del estatuto de personal sanitario en caso de conflicto armado.



La relación de estas respuestas con las variables de Formación Básica y Específica es interesante. Para analizarlas, dada la naturaleza categórica de estas variables, el único test estadístico adecuado es el conocido Chi-cuadrado, que aunque es una prueba que analiza la asociación entre variables nominales puede utilizarse para estos contrastes, ayudándonos de un índice estadístico denominado residuos estandarizados corregidos. Si del análisis se desprende la asociación, será porque existan diferencias significativas entre porcentajes de

sujetos en las variables. Y si por el contrario no existe la asociación, entonces no habrá diferencias significativas entre los porcentajes de casos.

En este caso se ha observado que la presencia del tema del trato del estatuto del personal sanitario en caso de conflicto armado no está relacionado con el tiempo de formación básica ( $p > 0,05$ ) pero sí que lo está, significativamente ( $p < 0,05$ ) con el periodo de formación específica en los convenios de Ginebra (tabla 11). Concretamente, se observa que el tema se trató en mayor tasa (73,7% vs 54,3%) cuando el tiempo de formación fue superior a 2 sesiones y lógicamente indican que no se trató más sujetos de entre aquellos cuya periodo de formación específica en los convenios fue solo de 1 ó 2 sesiones (28,6%).

Tabla 11: *Test Chi-cuadrado*. Relación entre variables categóricas. Variables de formación -A-

VARIABLE	CATEGORÍA	SE TRATÓ EL TEMA DEL ESTATUTO DEL PERSONAL SANITARIO EN CASO DE CONFLICTO			CHI <sup>2</sup>	GL	p
		SI	NO	NO RECUERDA			
Formación básica	3 meses o menos	64.3% (9)	14.3% (2)	21.4% (3)	5.16	8	.740 <sup>NS</sup>
	1 curso académico	81.8% (9)	9.1% (1)	9.1% (1)			
	3-4 cursos académicos	76.5% (13)	11.8% (2)	11.8% (2)			
	5 cursos académicos	52.4% (11)	23.8% (5)	23.8% (5)			
	Otro sin especificar	50.0% (5)	20.0% (2)	30.0% (3)			
Formación específica en C.G.	1-2 sesiones	<b>54.3% (19)</b>	28.6% (10)	17.1% (6)	7.23	2	<b>.021 *</b>
	Más de 2 sesiones	73.7% (28)	5.3% (2)	21.1% (8)			

N.S. = NO significativo ( $p > 0,05$ )    \* = Significativo al 5% ( $p < 0,05$ )

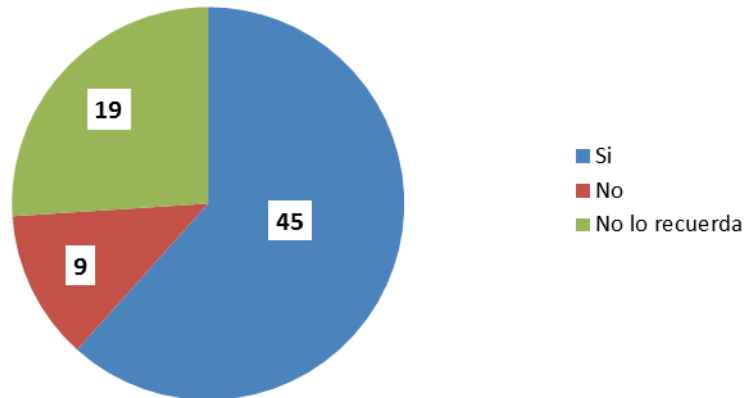
#### 1.2.4. Quiénes tienen consideración de personal sanitario

Manteniendo el filtro anterior, es decir analizando solo a los sujetos que afirman haber tenido al menos 1 sesión de formación específica en Convenios de Ginebra, un 61,6% afirma que sí les explicaron quienes tienen que ser considerados como personal sanitario. Un 12,3% responde que no se lo dijeron y un notable 26% no lo recuerda (tabla 12 y figura 12).

Tabla 12: Explicación sobre personal sanitario

	Frecuencia	Porcentajes
SI	45	61,6
NO	9	12,3
No lo recuerda	19	26,0

Figura 12: Se explicó quienes tienen la consideración de personal sanitario



Como en el caso anterior, en la tabla 13 se muestra el cruce de esta variable con las otras dos de formación. No se encuentra asociación significativa ( $p > 0,05$ ) en el caso de la variable de formación básica. Y tampoco en el de la formación específica ( $p > 0,05$ ), aunque en este cruce se podría hablar de una casi significación ( $p < 0,100$ ) tal que se aprecia una posible tendencia a que esta explicación se diese con más frecuencia en aquellos casos donde la formación sobre los Convenios de Ginebra. fue mayor a dos sesiones (71,1% vs 51,4%).

Tabla 13: Test Chi-cuadrado. Relación entre variables categóricas. Variables de formación -B-

VARIABLE	CATEGORÍA	SE EXPLICÓ QUIÉNES TIENEN LA CONSIDERACIÓN DE PERSONAL SANITARIO			Chi <sup>2</sup>	gl	p
		Si	No	No recuerda			
Formación básica	3 meses o menos	50.0% (7)	14.3% (2)	35.7% (5)	10.22	8	.250 <sup>NS</sup>
	1 curso académico	81.8% (9)	9.1% (1)	9.1% (1)			
	3-4 cursos académicos	64.7% (11)	0% (-)	35.3% (6)			
	5 cursos académicos	61.9% (13)	14.3% (3)	23.8% (5)			
	Otro sin especificar	50.0% (5)	30.0% (3)	20.0% (2)			
Formación específica en C.G.	1-2 sesiones	51.4% (18)	20.0% (7)	28.6% (10)	4.68	2	.096 <sup>NS</sup>
	Más de 2 sesiones	71.1% (27)	5.3% (2)	23.7% (9)			

N.S. = NO significativo ( $p > 0,05$ )

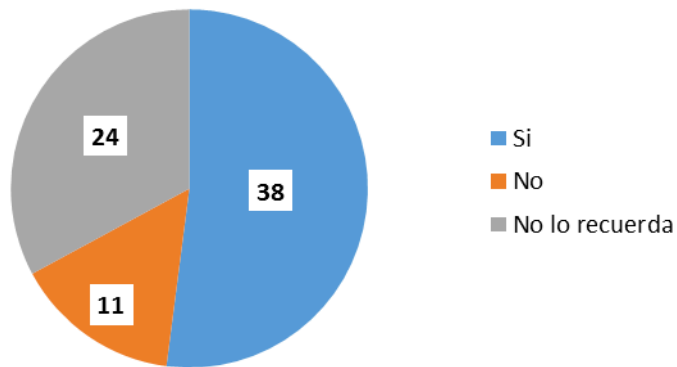
### 1.2.5. Explicación de derechos y deberes del personal sanitario

En este mismo subgrupo, a la cuestión relativa a la explicación de los derechos y deberes del personal sanitario, respondió afirmativamente en el 52.1% de los casos, negativamente solo un 15.1% y no lo recuerda un muy llamativo 32.9% (tabla 14 y figura 13).

Tabla 14: Explicación derechos y deberes sanitarios

	Frecuencia	Porcentajes
SI	38	52,1
NO	11	15,1
No lo recuerda	24	32,9

Figura 13: Se explicaron los derechos y deberes del personal sanitario



En la tabla 15 que sigue, al relacionar las respuestas de esta variable con el tiempo de formación, se comprobó que no existe relación significativa ( $p > 0,05$ ) ni con la formación básica, ni con la específica sobre los Convenios de Ginebra. Si bien es cierto que en el caso de la primera, la formación básica, se podría hablar de una casi significación ( $p < 0,100$ ) que podría estar debiéndose a una mayor presencia de sujetos con formación de 1 año que han respondido que sí, junto a una mayor tasa de casos con 3 o menos meses de tiempo de formación o con 3-4 cursos académicos, que dicen no recordarlo. Pero los reducidos valores de estas frecuencias ponen en duda esta posible relación.

Tabla 15: Test Chi-cuadrado. Relación entre variables categóricas. Variables de formación -C-

VARIABLE	CATEGORÍA	SE EXPLICARON DERECHOS Y DEBERES DEL PERSONAL SANITARIO			Chi <sup>2</sup>	gl	p
		Si	No	No recuerda			
Formación básica	3 meses o menos	35.7% (5)	14.3% (2)	50.0% (7)	14.47	8	.070 <sup>NS</sup>
	1 curso académico	81.8% (8)	0% (-)	18.2% (2)			
	3-4 cursos académicos	47.1% (8)	5.9% (1)	47.1% (8)			
	5 cursos académicos	47.6% (10)	23.8% (5)	28.6% (6)			
	Otro sin especificar	60.0% (6)	30.0% (3)	10.0% (1)			
Formación específica en C.G.	1-2 sesiones	51.4% (18)	17.1% (6)	31.4% (11)	0.24	2	.887 <sup>NS</sup>
	Más de 2 sesiones	52.6% (20)	13.2% (5)	34.2% (13)			

N.S. = NO significativo (p&gt;0,05)

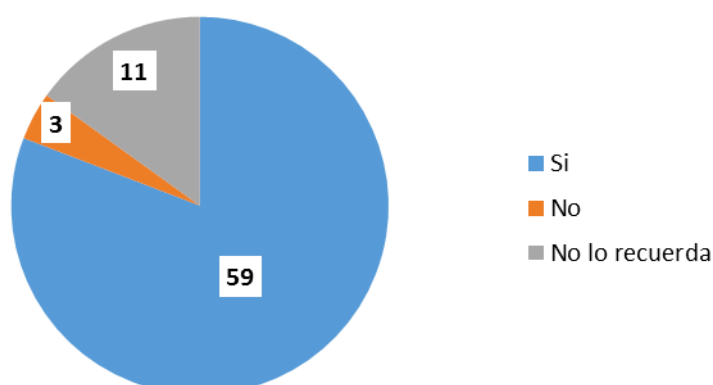
### 1.2.6. Explicación de derechos en caso de ser herido o enfermo

Finalmente, respecto a la cuestión de si se explicaron los derechos que se tienen en caso de enfermedad o ser herido (tabla 16 y figura 14) una gran mayoría (59; 80,8%) afirman que sí. Solo 3 sujetos (4,1%) dice que no se explicaron y el 15,1% restante (11) no lo recuerda.

Tabla 16: Derechos heridos y enfermos

	Frecuencia	Porcentajes
SI	59	80,8
NO	3	4,1
No lo recuerda	11	15,1

Figura 14: Se explicaron los derechos en caso de herida o enfermedad



Al cruzar estas respuestas con el tiempo de formación, no se encontraron asociaciones que se puedan considerar como estadísticamente significativas ( $>0,05$ ) con ninguna de las variables (tabla 17).

Tabla 17: *Test Chi-cuadrado*. Relación entre variables categóricas. Variables de formación -D-

VARIABLE	CATEGORÍA	SE EXPLICARON DERECHOS EN CASO DE SER HERIDO			Chi <sup>2</sup>	gl	p
		Si	No	No recuerda			
<b>Formación básica</b>	3 meses o menos	64.3% (9)	7.1% (1)	28.6% (4)	7.05	8	.531 <sup>NS</sup>
	1 curso académico	90.9% (10)	0% (--)	9.1% (1)			
	3-4 cursos académicos	82.4% (14)	5.9% (1)	11.8% (2)			
	5 cursos académicos	90.5% (19)	0% (--)	9.5% (2)			
	Otro sin especificar	70.0% (7)	10.0% (1)	20.0% (2)			
<b>Formación específica en C.G.</b>	1-2 sesiones	74.3% (26)	5.7% (2)	20.0% (7)	1.88	2	.391 <sup>NS</sup>
	Más de 2 sesiones	86.8% (33)	2.6% (1)	10.5% (4)			

N.S. = NO significativo ( $p>0,05$ )

Los resultados del presente bloque de formación general y en Convenios de Ginebra se interpretan en el sentido de que aunque es evidente que los programas contemplan una pequeña formación en materia de Convenios de Ginebra, es a todas luces insuficiente. Precisamente el alto porcentaje de falta de recuerdo sobre la materia evidencia que el tratamiento en aula no tiene la importancia que el tema requiere.

### 1.3. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DEL BLOQUE: GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CONVENCIÓN DE GINEBRA.

Ya hemos dicho que ésta es una de las secciones más importantes del cuestionario, al estar destinada a evaluar el grado de conocimiento que tienen los participantes sobre los Convenios. Y a tal efecto conviene dejar claro en primer lugar que no es lo mismo el nivel de conocimiento que el grado de formación, por cuanto que el primero se alcanza con una buena formación básica, pero también con una planificada formación continua, que tanta importancia tiene en el quehacer diario de los militares, dado que su actividad en tiempo de paz consiste precisamente en prepararse para intervenir en los conflictos.



Metodológicamente, primero se va a proceder a describir a las variables desde las respuestas recogidas a cada una de las preguntas, con indicación de la tasa de acertantes. A este porcentaje se le aplicará el test de significación de la mayoría (Chi-cuadrado de homogeneidad en una muestra) para determinar si existe más de un 50% de acertantes.

### 1.3.1. Descriptiva de las respuestas a las cuestiones planteadas

A la primera pregunta, relativa a cuál es el número de los convenios, un 6,7% (11) respondieron que dos, un 5,5% (9) que eran tres y un 61,6% (101) dieron la respuesta correcta de 4 convenios (la respuesta correcta figura en negrita). El resto, un 26,2% (43) respondió que no lo recordaba. Ese 61,6% de acertantes es mayoría estadísticamente significativa para  $p < 0,01$  ( $P = 0,003$  en el test Chi-cuadrado) con respecto a los que fallan la respuesta (tabla 18).

Tabla 18: Número de Convenios de Ginebra

	Frecuencia	Porcentajes
Dos	11	6,7
Tres	9	5,5
Cuatro	101	61,6
No lo recuerda	43	26,2

La tabla 19 resume los resultados de las variables de las preguntas con las opciones de respuesta: si/no/no recuerda. Estas se han ordenado en la tabla de mayor a menor tasa de acertantes, es decir de mayor a menor grado de conocimiento.

Tabla 19: *Análisis descriptivo*. Distribución de respuestas a las preguntas sobre conocimientos -A-

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	RESPUESTA			Acertantes	Test de significación de la mayoría
	Si	No	No recuerda		
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	<b>62.2% (102)</b>	14.6% (24)	23.2% (38)	62.2%	<b>.002**</b>
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	16.5% (27)	<b>62.2% (102)</b>	21.3% (35)	62.2%	<b>.002**</b>
Tratan sobre la protección de los hospitales	<b>57.9% (95)</b>	6.7% (11)	35.4% (58)	57.9%	<b>.042 *</b>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	48.2% (79)	22.0% (36)	29.9% (49)	48.2%	.632 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	44.5% (73)	24.4% (40)	31.1% (51)	44.5%	.160 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	42.1% (69)	36.0% (59)	22.0% (36)	36.0%	.999 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	36.6% (60)	33.5% (55)	29.9% (49)	33.5%	.999 <sup>NS</sup>

N.S. = NO significativo ( $P > .05$ ) \* = Significativo al 5% ( $P < .05$ ) \*\* = Altamente significativo al 1% ( $P < .01$ )

Se ha encontrado que solamente superan el 50% de aciertos (significativamente al menos para  $p < 0,05$ ) las respuestas a tres preguntas: son aplicables a todos los heridos y enfermos (62,2% de acertantes diciendo que sí); tienen médicos y enfermeras distinta protección (también con un 62,2% de acertantes cuando responden que no); y tratan sobre la protección de los hospitales (57,9% de acertantes al responder que sí y solamente un 6,7% de respuestas no)

En el resto de estas preguntas no se supera el 50% la tasa de encuestados que aciertan con la respuesta correcta. Un 48,2% acierta afirmando que hay más distintivos a parte de la cruz roja y de la media luna roja; el resto dice que no o que no lo recuerda casi a partes iguales. Un 44,5% acierta al responder que sí se diferencia entre heridos y enfermos civiles y militares.

Y con menos del 40% de acertantes encontramos las otras dos cuestiones. Un 36% acierta al responder que todos los CG no son aplicables a todos los conflictos armados; destacando el 42,1% que cree que sí lo son. Y solo un 33,5% acierta al responder que los CG no tratan sobre la protección de bienes culturales porque un 36,6% cree que sí.

Merece la pena comentar los elevados porcentajes de sujetos que no recuerdan lo que se pregunta en cada una de estas cuestiones. Se han encontrado valores entre el 21,3% (35 casos) que no se acuerdan de si médicos y enfermeras tienen distinta protección, y el 35,4% (58) nada menos de encuestados que no saben si los Convenios de Ginebra. tratan de la protección de los hospitales.

Por su parte, la tabla 19 resume los resultados de las variables de las preguntas de elección múltiple que tienen 3 opciones de respuesta posibles, más la de no recuerdo. En la tabla de resultados, de nuevo se han ordenado de mayor a menor índice de acierto.

Solamente en una cuestión, concretamente en la pregunta sobre las instalaciones sanitarias que tienen la protección de los convenios, se ha

observado un grado de acierto significativamente mayor al 50% ( $p < 0,001$ ). La pregunta la aciertan el 75% de encuestados que responden que cualquiera que esté identificada.

Encontramos más del 50% de acertantes en otras dos, pero sin que lleguen a ser mayoría significativa ( $p > 0,05$ ). Un 57,3% acertó al afirmar que la protección del personal auxiliar es la misma que la de los demás profesionales sanitarios (este porcentaje es casi significativo con  $p < 0,100$ ). Y un 52,4% responde correctamente que quien debe de proporcionar la asistencia sanitaria a los prisioneros es la parte que los retiene, aunque se puede usar personal sanitario prisionero.

Algo por debajo de la mitad de acertantes, un 45,7%, se ha encontrado en la respuesta que afirma que los sanitarios solo pueden tener armamento individual para su exclusiva protección.

Y por último, solamente un 14% acierta a la pregunta de la exención de captura al responder que el personal sanitario debe ser devuelto a su país cuando sea posible. En esta pregunta hay un llamativo 48,8% que cree erróneamente que los médicos no pueden ser hechos prisioneros.

Como en las preguntas anteriores, es destacable la cantidad de encuestados que no recuerda lo suficiente sobre lo que se pregunta como para poder elegir una respuesta de entre las 3 opciones que se le proponen. Esta tasa de no recuerdos, va desde el 20,7% de la pregunta sobre la protección del personal auxiliar hasta el 36% de la pregunta sobre la exención de captura.

### **1.3.2. Grado de conocimiento total**

A partir de las respuestas anteriores, se ha calculado una variable de resumen que represente el grado de conocimiento total que tienen los encuestados acerca de los convenios. Para ello se ha asignado 1 punto por acierto a cada una de las 13 preguntas anteriormente descritas en el punto

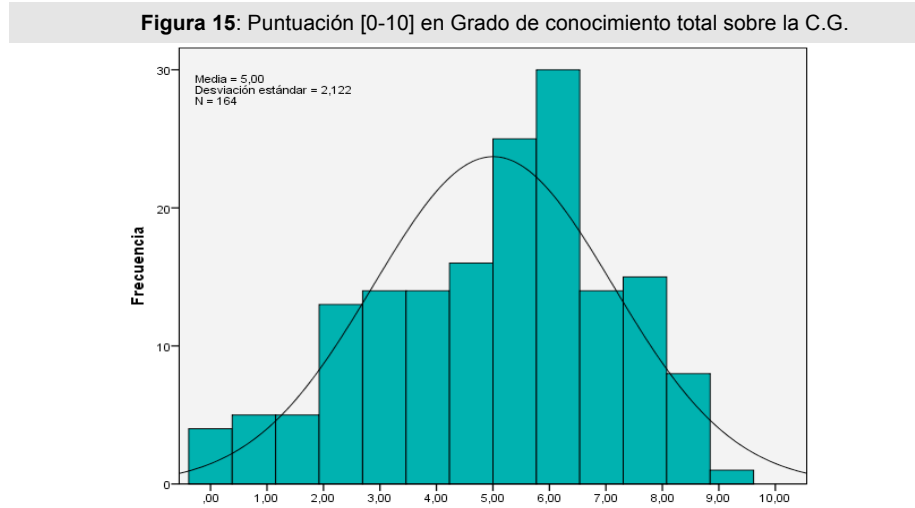
anterior, y con esa puntuación se ha realizado una conversión a la escala clásica de las notas escolares españolas: de 0 a 10 puntos.

Posteriormente esta nota también se ha convertido en una escala ordinal de calificación con tres niveles: Insuficiente (<5 puntos), Aceptable (entre 5 y 7) y Excelente (>7 puntos).

A continuación se ha realizado la descripción de este grado total de conocimientos, en las dos formas de valoración que acabamos de definir.

La distribución de las puntuaciones [0-10] presenta un valor medio de 5 puntos exactos, con una desviación estándar de  $\pm 2,12$ , dentro del rango observado de 0,00 a 9,23 con mediana en 5,38 puntos.

La forma de la distribución (figura 15) se aproxima a la de una curva normal, estando los índices de asimetría y apuntamiento dentro de los rangos de la normalidad ( $As=-0,41$  y  $K=-0,47$ ) en tanto que el test de bondad de ajuste de KS nos permite admitir que el desvío no es significativo ( $p>0,05$ )

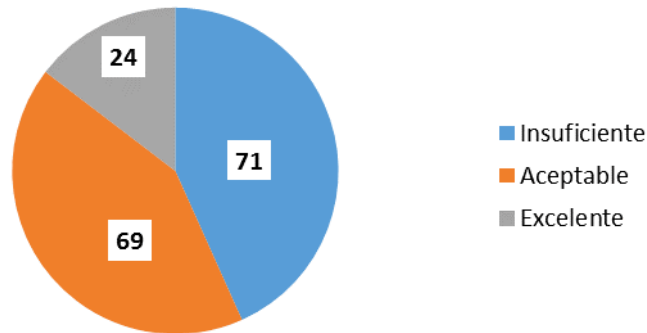


En función de los puntos de corte antes citados: un 43,3% tiene un nivel de conocimientos insuficiente, un 42,1% lo tiene aceptable y solamente el 14,6% alcanza el grado de excelente (tabla 20 y figura 16).

Tabla 20: Grado total de conocimiento

	Frecuencia	Porcentajes
Excelente	24	14,6
Insuficiente	71	43,3
Aceptable	69	42,1

Figura 16: Grado de conocimiento total de los convenios de Ginebra



A continuación se aborda el análisis inferencial bivalente de estas variables del bloque de conocimientos, tanto sobre el acierto a cada uno de los ítems, como de la valoración global que se ha realizado en este último apartado.

En el caso de las variables categóricas (preguntas y calificación) se seguirá empleando el Test de Chi-cuadrado de independencia que ya se utilizó con anterioridad. En el caso de la puntuación total (la nota en escala 0-10) se van a emplear test de significación de las diferencias entre medias. Dada la tendencia a la normalidad de esta variable se ha utilizado la T de Student cuando el factor de comparación define solo dos subgrupos y el Anova (análisis de varianza) junto a los test múltiples de pares de Tukey, cuando el factor define más de dos subgrupos.

### 1.3.3. Diferencias en función del sexo

La tabla 21 contiene los test que comparan el porcentaje de acertantes a cada una de las preguntas realizadas. Como se puede comprobar en ella, en

general no se han encontrado diferencias entre los aciertos de hombres y mujeres que se puedan considerar como estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ). Pero sí que han aparecido en algunas de ellas; concretamente en:

- La existencia de más distintivos además de la Cruz Roja y la Media Luna Roja ( $p < 0,05$ ), donde los hombres tienen un mayor índice de aciertos (52,2% vs 26,9%)
- Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a los prisioneros ( $p < 0,05$ ), donde también aciertan más los hombres (55,8% vs 34,6%).
- La protección de personal auxiliar de un hospital ( $p < .05$ ), en la que por el contrario son las mujeres quienes tienen mayor tasa de acierto (53,6% vs 76,9%)
- En si los sanitarios pueden tener armamento ( $p < 0,05$ ), donde de nuevo son los hombres los que más acierto presentan (49,3% vs 26,9%)

Tabla 21: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función del género.

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	Total de acertantes	HOMBRE n=138	MUJER n=26	Chi <sup>2</sup>	gl	p
Cuántos son los C.G.	101	60.1% (83)	69.2% (18)	0.76	1	.382 <sup>NS</sup>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	102	60.1% (83)	73.1% (19)	1.56	1	.212 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	73	44.9% (62)	42.3% (11)	0.06	1	.805 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	59	37.0% (51)	30.8% (8)	0.36	1	.546 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	55	31.9% (44)	42.3% (11)	1.07	1	.302 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	95	57.2% (79)	61.5% (16)	0.16	1	.684 <sup>NS</sup>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	79	52.2% (72)	26.9% (7)	5.59	1	.018 *
Significado de la exención de captura	23	15.2% (21)	7.7% (2)	1.03	1	.311 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	86	55.8% (77)	34.6% (9)	3.94	1	.047 *
Protección del personal auxiliar de un hospital	94	53.6% (74)	76.9% (20)	4.86	1	.028 *
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	102	63.8% (88)	53.8% (14)	0.92	1	.339 <sup>NS</sup>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	123	73.9% (102)	80.8% (21)	0.55	1	.452 <sup>NS</sup>
Los sanitarios pueden tener armamento	75	49.3% (68)	26.9% (7)	4.40	1	.036 *

N.S. = NO significativo ( $p > 0,05$ )    \* = Significativo al 5% ( $p < 0,05$ )

Tras esto, se ha comparado los resultados con el grado de conocimiento total y se ha representado en la escala antes descrita de [0 – 10], encontrándose que aunque la media de los hombres es algo superior a la de las mujeres (tabla 21), la diferencia entre ambas no es estadísticamente significativa ( $p>0,05$ ).

En la misma línea, al comparar en la tabla 22 los porcentajes de los niveles de calificación alcanzados por hombres y mujeres, las pequeñas diferencias que se observan no se pueden considerar significativas ( $p>0,05$ ).

Tabla 22: *Test de Student y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función del género.

VARIABLE	HOMBRE n=138		MUJER n=26		TEST DE CONTRASTE		
	Media	D.E.	Media	D.E.	Valor	gl	p
Nota [ 0 – 10 ]	5.04	2.09	4.82	2.31	t= 0.48	162	.635 <sup>NS</sup>
	% (frec)		% (frec)				
Calificación	Insuficiente	43.5% (60)	42.3% (11)		Chi <sup>2</sup> =0.33	2	.847 <sup>NS</sup>
	Aceptable	41.3% (57)	46.2% (12)				
	Excelente	15.2% (21)	11.5% (3)				

N.S. = NO significativo ( $p>0,05$ )

#### 1.3.4. Diferencias en función de la edad

Para este estudio, se ha agrupado a los sujetos encuestados en tres niveles de edad: hasta 30 años, entre 30 y 40, y mayores de 40 años. Según esta división: un 39% de esta muestra serían menores a 30 años, un 42,1% se encuentra en el grupo central de 30 a 40, y el restante 18,9% supera los 40 años (tabla 23).

Tabla 23: Diferencias por edad

	Frecuencia	Porcentajes
Hasta 30 años	64	39,0
Entre 30 y 40 años	69	42,1
Mayores de 40 años	31	18,9

La tabla 24 contiene el resumen de la comparación de los porcentajes de acertantes entre estos tres niveles de edad. En general, se observa que la tasa de acertantes va en aumento a medida que los encuestados tienen más edad, aunque en la gran mayoría de las preguntas no se logran diferencias que alcancen significación estadística ( $p > 0,05$ ), si bien es cierto que en varias de ellas se podría decir que existe una casi significación ( $p < 0,100$ ) y en otras tantas se queda cerca de ello ( $P < 0,200$ ). Esto hace sospechar un posible mayor conocimiento de los convenios en los encuestados de más edad. Solamente en una de las preguntas, la relativa a las instalaciones sanitarias que tienen la protección de los Convenios de Ginebra, se puede admitir que el aumento del acierto (62,5 ; 79,7% y 90,3%) es significativo ( $p < 0,01$ ).

Tabla 24: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función de la edad.

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	<30 AÑOS n=64	30-40 AÑOS n=69	>40 AÑOS n=31	Chi <sup>2</sup>	gl	p
Cuántos son los C.G.	53.1% (34)	63.8% (44)	74.2% (23)	4.16	2	.125 <sup>NS</sup>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	51.6% (33)	71.0% (49)	64.5% (20)	5.43	2	.066 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	50.0% (32)	37.7% (26)	48.4% (15)	2.28	2	.319 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	31.3% (20)	33.3% (23)	51.6% (16)	4.12	2	.127 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	32.8% (21)	31.9% (22)	38.7% (12)	0.47	2	.790 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	50.0% (32)	59.4% (41)	71.0% (22)	3.88	2	.144 <sup>NS</sup>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	50.0% (32)	50.7% (35)	38.7% (12)	1.38	2	.502 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	14.1% (9)	8.7% (6)	25.8% (8)	5.19	2	.074 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	54.7% (35)	50.7% (35)	51.6% (16)	0.22	2	.896 <sup>NS</sup>
Protección del personal auxiliar de un hospital	46.9% (30)	65.2% (45)	61.3% (19)	4.81	2	.090 <sup>NS</sup>
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	56.3% (36)	68.1% (47)	61.3% (19)	2.00	2	.368 <sup>NS</sup>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	62.5% (40)	79.7% (55)	90.3% (28)	10.03	2	.007**
Los sanitarios pueden tener armamento	48.4% (31)	42.0% (29)	48.4% (15)	0.66	2	.720 <sup>NS</sup>

N.S. = NO significativo ( $p > 0,05$ )    \*\*= Altamente significativo al 1% ( $p < 0,01$ )

La sospecha anterior se confirma al contrastar en la tabla 25 las variables que representan el grado de conocimientos total. El test de comparación de medias (Anova) corrobora que las medias se incrementan a medida que aumenta el grupo de edad de los participantes (4,36 ; 5,09 y 5,58), pero la diferencia no logra probar su significación estadística ( $p > 0,05$ , si bien de nuevo no queda lejos de ello. La comparación de los porcentajes de calificación indican más



insuficientes entre los más jóvenes, más aceptables en el grupo intermedio y más excelentes en el de mayor edad, pero de nuevo sin confirmar la tendencia de forma estadísticamente significativa ( $p>0,05$ ).

Tabla 25: *Test Anova y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función de la edad.

VARIABLE	<30 AÑOS N=64		30-40 AÑOS N=69		>40 AÑOS N=31		TEST DE CONTRASTE		
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Valor	gl	p
<b>Nota</b> [ 0 – 10 ]	4.63	2.32	5.09	1.94	5.58	1.98	F= 2.26	2;161	.108 <sup>NS</sup>
	% (frec)		% (frec)		% (frec)				
<b>Calificación</b>	<b>Insuficiente</b>	48.4% (31)	42.0% (29)		35.5% (11)		Chi <sup>2</sup> =2.78	4	.595 <sup>NS</sup>
	<b>Aceptable</b>	39.1% (25)	44.9% (31)		41.9% (13)				
	<b>Excelente</b>	12.5% (8)	13.0% (9)		22.6% (7)				

N.S. = NO significativo ( $p>0,05$ )

### 1.3.5. Diferencias en función de los años de servicio

Esta variable debe de estar muy relacionada con la edad, pues en general los participantes de más edad tendrán más tiempo de servicio. De hecho, estos dos factores correlacionan entre sí, de forma muy elevada y directa (0,895) y por supuesto altamente significativa ( $p<0,001$ ). Por tanto los resultados de los test de contraste en función del tiempo de servicio, deben ser casi idénticos a los que se acaban de obtener en función de la edad. Por ello, no se considera necesario realizar un análisis estadístico que sería prácticamente una repetición del anterior.

### 1.3.6. Diferencias en función del grado

Para este estudio y debido al reducido número de encuestados que estaban en la categoría de Oficiales Superiores (ver figura 2), éstos sujetos se han agrupado con los demás Oficiales, reduciendo este factor a los tres niveles que previene la legislación: Tropa, Suboficiales y Oficiales. Los resultados de estos cruces se resumen en la tabla 26.

En 7 de las 13 preguntas se han encontrado diferencias altamente significativas ( $p<0,01$ ) entre las categorías (se han destacado en negrita). De

ellas, en 6 esas diferencias se deben al hecho de que los encuestados del subgrupo de Tropa presentan porcentajes de acierto claramente menores, en el entorno del 30-40%, que los sujetos de categorías superiores, tanto Oficiales como Suboficiales, que llegan a índices siempre superiores al 70% e incluso algunos al 80%. En la séptima variable donde existe significación, referida a si los médicos y enfermeros tienen distinta protección ( $p < 0,01$ ), la significación se debe a que son solo los Oficiales quienes tienen mayor tasa de aciertos que los Suboficiales y la Tropa.

En el resto de variables (las 6 que no están destacadas) los porcentajes de acierto de las tres categorías son similares y por ello las diferencias no alcanzan significación estadística ( $p > 0,05$ ).

Tabla 26: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función del grado.

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	OFICIALES N=57	SUBOFICIALES N=35	TROPA N=72	CHI <sup>2</sup>	GL	p
<b>Cuántos son los C.G.</b>	<b>80.7% (46)</b>	<b>80.0% (28)</b>	37.5% (27)	<b>31.48</b>	<b>2</b>	<b>.000**</b>
<b>Son aplicables a todos los heridos y enfermos</b>	<b>73.7% (42)</b>	<b>74.3% (26)</b>	47.2% (34)	<b>12.24</b>	<b>2</b>	<b>.002**</b>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	50.9% (29)	54.3% (19)	34.7% (25)	5.08	2	.079 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	43.9% (25)	31.4% (11)	31.9% (23)	2.36	2	.307 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	35.1% (20)	45.7% (16)	26.4% (19)	4.04	2	.133 <sup>NS</sup>
<b>Tratan sobre la protección de los hospitales</b>	<b>78.9% (45)</b>	<b>74.3% (26)</b>	33.3% (24)	<b>32.05</b>	<b>2</b>	<b>.000**</b>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	49.1% (28)	57.1% (20)	43.1% (31)	1.90	2	.386 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	10.5% (6)	11.4% (4)	18.1% (13)	1.74	2	.418 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	61.4% (35)	51.4% (18)	45.8% (33)	3.11	2	.211 <sup>NS</sup>
<b>Protección del personal auxiliar de un hospital</b>	<b>77.2% (44)</b>	<b>65.7% (23)</b>	37.5% (27)	<b>21.77</b>	<b>2</b>	<b>.000**</b>
<b>Médicos y enfermeros tienen distinta protección</b>	<b>82.5% (47)</b>	48.6% (17)	52.8% (38)	<b>15.43</b>	<b>2</b>	<b>.000**</b>
<b>Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.</b>	<b>89.5% (51)</b>	<b>82.9% (29)</b>	59.7% (43)	<b>16.48</b>	<b>2</b>	<b>.000**</b>
<b>Los sanitarios pueden tener armamento</b>	<b>64.9% (37)</b>	<b>51.4% (18)</b>	27.8% (20)	<b>18.26</b>	<b>2</b>	<b>.000**</b>

N.S. = NO significativo ( $p > 0,05$ )    \*\* = Altamente significativo al 1% ( $p < 0,01$ )

Al contrastar la variable del grado de conocimientos total (tabla 27) en la escala de notas [0-10] se han encontrado diferencias altamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre los grupos en función de la categoría. Los test de contrastes múltiples post-hoc de Tukey indican que Oficiales y Suboficiales no se diferencian entre sí ( $p > 0,05$ ) y que ambos grupos presentan una media superior de forma significativa ( $p < 0,01$ ) con respecto a la media de la Tropa.

En el cruce de la calificación se ha encontrado una relación significativa ( $p < 0,001$ ) en la línea de los resultados que se acaban de comentar: en el grupo de Tropa, aparecen más casos con conocimiento insuficiente, en tanto que en los grupos de Suboficiales y Oficiales hay más casos que alcanzan tanto el nivel aceptable como en el excelente.

Tabla 27: *Test Anova y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función del grado.

Variable	OFICIALES n=57		SUBOFICIALES n=35		TROPA n=72		<i>Test de contraste</i>		
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Valor	gl	p
Nota [ 0 – 10 ]	6.14	1.66	5.60	1.71	3.81	2.03	F= 27.73	2;161	.000**
	% (frec)		% (frec)		% (frec)				
Calificación	Insuficiente	19.3% (11)	31.4% (11)		68.1% (49)		Chi <sup>2</sup> =37.59	4	.000**
	Aceptable	52.6% (30)	54.3% (19)		27.8% (20)				
	Excelente	28.1% (16)	14.3% (5)		4.2% (3)				

\*\*= Altamente significativo al 1% ( $p < 0,01$ )

### 1.3.7. Diferencias en función de la especialidad fundamental

En el contraste de esta variable, el hecho de que gran parte de los participantes pertenezca a los Cuerpos Generales (142; 86,6%) será una dificultad para encontrar significaciones estadísticas. No obstante se ha procedido al análisis y a continuación se presentan los resultados obtenidos.

En la tabla 28 se presentan los contrastes entre los grupos de especialidad en la tasa de acertantes a cada pregunta. Se aprecia una misma tendencia en casi todas las cuestiones, cual es que los sujetos de los Cuerpos Comunes tienen mayor grado de acierto que los de los Cuerpos Generales. Pero no es posible demostrar la significación estadística ( $p > 0,05$ ) posiblemente por la dificultad arriba comentada.

Solamente se alcanza efecto significativo ( $p < 0,05$ ) en la cuestión sobre si médicos y enfermeros tienen distinta protección<sup>210</sup>.

Tabla 28: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función de la especialidad fundamental.

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	CUERPOS GENERALES N=142	CUERPOS COMUNES N=22	CHI <sup>2</sup>	GL	p
Cuántos son los C.G.	59.2% (84)	77.3% (17)	2.64	1	.104 <sup>NS</sup>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	59.9% (85)	77.3% (17)	2.46	1	.117 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	43.0% (61)	54.5% (12)	1.04	1	.309 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	34.5% (49)	45.5% (10)	0.99	1	.319 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	31.7% (45)	45.5% (10)	1.62	1	.203 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	55.6% (79)	72.7% (16)	2.28	1	.131 <sup>NS</sup>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	46.5% (66)	59.1% (13)	1.21	1	.271 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	14.8% (21)	9.1% (2)	0.51	1	.474 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	52.1% (74)	54.5% (12)	0.04	1	.832 <sup>NS</sup>
Protección del personal auxiliar de un hospital	54.9% (78)	72.7% (16)	2.47	1	.116 <sup>NS</sup>
<b>Médicos y enfermeras tienen distinta protección</b>	59.2% (84)	<b>81.8% (18)</b>	4.16	1	<b>.041 *</b>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	72.5% (103)	90.9% (20)	3.43	1	.064 <sup>NS</sup>
Los sanitarios pueden tener armamento	44.4% (63)	54.5% (12)	0.80	1	.372 <sup>NS</sup>

N.S. = NO significativo ( $p > 0,05$ )    \* = Significativo al 5% ( $P < .05$ )    \*\* = Altamente significativo al 1% ( $p < 0,01$ )

Con todo, y a pesar de que en los ítems, uno a uno, ha sido casi imposible encontrar diferencias significativas, lo cierto es que según se aprecia en la tabla 29, la acumulación de aciertos en el análisis del conocimiento total ha encontrado diferencias altamente significativas ( $p < 0,001$ ) entre las medias de las notas, siendo obviamente la media de los Cuerpos Comunes superior a la media de los Cuerpos Generales.

También encontramos alta significación ( $p < 0,001$ ) en la comparación de los niveles de calificación: se observan muchos más casos de nivel insuficiente en el grupo de Cuerpos Generales y más del nivel Excelente en el de Cuerpos Comunes. Todo ello nos lleva a la conclusión de que estos últimos tienen un mejor conocimiento de los Convenios de Ginebra, lo cual puede deberse a la

<sup>210</sup> En este punto conviene recordar que los Cuerpos Generales aglutinan lo que hasta hace relativamente poco tiempo se denominaban las “Armas”, organizaciones que desarrollan su trabajo en el combate como unidades de forma integrada, mientras que los Cuerpos Comunes y demás Cuerpos que se han agrupado con ellos, representan lo que clásicamente se han denominado “servicios”, elementos auxiliares cuya misión es satisfacer las necesidades que tienen precisamente las unidades combatientes.

relación del tema con su formación académica general, mayoritariamente jurídico-administrativa.

Tabla 29: *Test de Student y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función de la nacionalidad española o no.

VARIABLE	CUERPOS GENERALES N=142		CUERPOS COMUNES N=22		TEST DE CONTRASTE			
	Media	D.E.	Media	D.E.	Valor	gl	p	
<b>Nota</b> [ 0 – 10 ]	4.83	2.08	<b>6.12</b>	2.12	t= -2.70	162	<b>.008**</b>	
	% (frec)		% (frec)					
<b>Calificación</b>	Insuficiente	<b>46.5%</b> (66)	22.7%	(5)	Chi <sup>2</sup> =10.69	2	<b>.005**</b>	
	Aceptable	42.3%	(60)	40.9%				(9)
	Excelente	11.3%	(16)	<b>36.4%</b>				(8)

\*\*= Altamente significativo al 1% (p<0,01)

### 1.3.8. Diferencias en función de la nacionalidad

Para este estudio y a la vista de los resultados que se obtuvieron en la descripción de este factor (ver figura 1) se agrupan los encuestados en solamente dos grupos: españoles/hispanoamericanos. La tabla 30 presenta los resultados de los aciertos a las preguntas de conocimientos.

Como se puede comprobar en ella, se han encontrado diferencias significativas (p<0,05) o altamente significativas (p<0,001) en 9 de las 13 preguntas y en una más se puede decir que la diferencia es casi significativa (p<0,100). Y en todas ellas el porcentaje de acertantes es notablemente superior en los encuestados hispanoamericanos que entre los españoles.

Tabla 30: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función de la nacionalidad española o no.

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	ESPAÑOL/A N=101	HISPANOAM. N=63	CHI <sup>2</sup>	GL	P
Cuántos son los Convenios de Ginebra.	48.5% (49)	<b>82.5% (52)</b>	18.99	1	<b>.000**</b>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	54.5% (55)	<b>74.6% (47)</b>	6.70	1	<b>.010 *</b>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	37.6% (38)	<b>55.6% (35)</b>	5.05	1	<b>.025 *</b>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	29.7% (30)	<b>46.0% (29)</b>	4.49	1	<b>.034 *</b>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	29.7% (30)	39.7% (25)	1.73	1	.188 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	40.6% (41)	<b>85.7% (54)</b>	32.41	1	<b>.000**</b>
Hay más distintivos además de la Cruz Roja y la Media Luna	45.5% (46)	52.4% (33)	0.73	1	.394 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	16.8% (17)	9.5% (6)	1.72	1	.190 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	46.5% (47)	61.9% (39)	3.68	1	.055 <sup>NS</sup>
Protección del personal auxiliar de un hospital	44.6% (45)	<b>77.8% (49)</b>	17.51	1	<b>.000**</b>
Médicos y enfermeros tienen distinta protección	45.5% (46)	<b>88.9% (56)</b>	31.00	1	<b>.000**</b>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	62.4% (63)	<b>95.2% (60)</b>	22.35	1	<b>.000**</b>
Los sanitarios pueden tener armamento	31.7% (32)	<b>68.3% (43)</b>	20.91	1	<b>.000**</b>

N.S. = NO significativo (P>.05) \* = Significativo al 5% (P<.05) \*\* = Altamente significativo al 1% (P<.01)

Tras esto, en el análisis del grado de conocimiento total de los Convenios de Ginebra que se realiza en la tabla 31, la media de los españoles (4,11) es sensiblemente inferior a la media de los participantes hispanoamericanos (6,45) siendo la diferencia altamente significativa ( $p<.0,001$ ). En tanto que al estudiar la asociación de la calificación (misma tabla 28), se observa de forma muy clara la alta tasa de insuficientes entre los españoles mientras que en entre los hispanoamericanos hay muchos más casos que alcanzan el nivel de aceptable y de excelente (con  $p<.0,001$ ). Resultado que obviamente está en consonancia con el encontrado en el contraste entre las medias.

Tabla 31: *Test de Student y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función de la nacionalidad española o no.

VARIABLE	ESPAÑOL/A N=101		HISPANOAM. N=63		TEST DE CONTRASTE		
	Media	D.E.	Media	D.E.	VALOR	GL	p
<b>Nota [ 0 – 10 ]</b>	4.11	2.00	<b>6.45</b>	1.41	t= -8.80	162	<b>.000**</b>
	% (frec)		% (frec)				
<b>Calificación</b>	Insuficiente	<b>61.4%</b> (62)	14.3%	(9)	Chi <sup>2</sup> =41.15	2	<b>.000**</b>
	Aceptable	33.7%	(34)	<b>55.6%</b> (35)			
	Excelente	5.0%	(5)	<b>30.2%</b> (19)			

\*\* = Altamente significativo al 1% ( $p<.0,01$ )

Tras estos resultados y dada la mayor presencia de colombianos dentro del grupo de no españoles, se ha procedido a comparar a éstos con las otras nacionalidades hispanoamericanas. Se han establecido 3 grupos: Colombia/El Salvador/resto de países. Los resultados se resumen en la tablas que siguen.

En la tabla 32 se presenta el resumen de resultados del grado de acierto a cada pregunta. La existencia de frecuencias pequeñas dificulta encontrar diferencias significativas. Aparecen bastantes cuestiones donde la asociación es casi significativa ( $p < 0,100$ ) indicando la posibilidad de que existan algunas diferencias entre países hispanoamericanos de procedencia del militar. Estos resultados sugieren que podría haber un mayor grado de acierto de colombianos y salvadoreños que entre los encuestados de otros lugares de origen. Solamente se ha encontrado una significación ( $p < 0,01$ ) en los aciertos a la pregunta de qué instalaciones tienen la protección de los Convenios, siendo debida a que, como parece ocurrir en las otras variables, los sujetos de países como Perú, México, etc. tienen menor grado de conocimiento que los de Colombia o El Salvador.

Tabla 32: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función del país de Hispanoamérica de origen.

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	COLOMBIA N=44	EL SALVADOR N=10	OTROS PAÍSES N=9	CHI <sup>2</sup>	GL	p
Cuántos son los C.G.	81.8% (36)	80.0% (8)	88.9% (8)	0.34	2	.307 <sup>NS</sup>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	68.2% (30)	90.0% (9)	88.9% (8)	3.57	2	.167 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	61.4% (27)	60.0% (6)	22.2% (2)	4.86	2	.088 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	54.5% (24)	20.0% (2)	33.3% (3)	4.84	2	.089 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	34.1% (15)	40.0% (4)	66.7% (6)	3.25	2	.197 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	86.4% (38)	100% (10)	66.7% (6)	5.17	2	.076 <sup>NS</sup>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	54.5% (24)	70.0% (7)	22.2% (2)	4.81	2	.090 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	11.4% (5)	10.0% (1)	0% (--)	1.97	2	.374 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	65.9% (29)	50.0% (5)	55.6% (5)	1.04	2	.595 <sup>NS</sup>
Protección del personal auxiliar de un hospital	84.1% (37)	50.0% (5)	77.8% (7)	4.79	2	.091 <sup>NS</sup>
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	88.6% (39)	80.0% (8)	100% (9)	2.79	2	.248 <sup>NS</sup>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	<b>100% (44)</b>	<b>100% (10)</b>	66.7% (6)	12.67	2	<b>.002**</b>
Los sanitarios pueden tener armamento	75.0% (33)	70.0% (7)	33.3% (3)	5.58	2	.061 <sup>NS</sup>

N.S. = NO significativo ( $P > .05$ )    \*\*= Altamente significativo al 1% ( $P < .01$ )

Al contrastar en la tabla 33 el rendimiento total, los valores de las notas medias mantienen la tendencia anteriormente comentada, es decir que el valor medio de los participantes agrupados como otros países es menor que la de los de Colombia y El Salvador, y aunque la diferencia no alcanza significación estadística, se podría decir que es casi significativa ( $p < 0,100$ ). En el test que compara los niveles de calificación, se diluye algo más esta situación comentada y no se puede hablar de existencia de relación significativa ( $p > 0,10$ ) a pesar de lo cual, el porcentaje de excelentes es claramente más elevado en los colombianos.

La razón para este mayor conocimiento radica sin duda en la situación de conflicto que se vive en ambos países<sup>211</sup>.

Tabla 33: *Test Anova y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función del país de Hispanoamérica de origen.

VARIABLE	COLOMBIA N=44		EL SALVADOR N=10		OTROS PAÍSES N=9		TEST DE CONTRASTE		
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	Valor	gl	p
<b>Nota</b> [ 0 – 10 ]	6.66	1.37	6.31	0.95	5.56	1.75	F= 2.48	2;60	.092 <sup>NS</sup>
	% (frec)		% (frec)		% (frec)				
<b>Calificación</b>	Insuficiente	13.6% (6)	10.0% (1)		22.2% (2)		Chi <sup>2</sup> =6.36	4	.174 <sup>NS</sup>
	Aceptable	47.7% (21)	80.0% (8)		66.7% (6)				
	Excelente	38.6% (17)	10.0% (1)		11.1% (1)				

N.S. = NO significativo ( $p > 0,05$ )

### 1.3.9. Diferencias en función del tiempo de formación

Para este estudio y a la vista de los resultados que se obtuvieron en la parte descriptiva (figura 9), se han descartado los casos de los que no tenemos información suficiente sobre el tiempo de formación militar básica (los 17 que respondieron “otros sin especificar”).

El resto de participantes se han dividido en dos grupos: los que han tenido formación de 3 meses o menos (81) como representantes del grado de formación baja, y el resto de casos, agrupados en un grado de formación media o alta.

<sup>211</sup> En Colombia la lucha contra las FARC dura ya cincuenta años, mientras que en El Salvador, tras la guerra civil que asoló el país durante años, las Fuerzas Armadas están siendo empleadas en la represión de las pandillas, lo que hace que ambos ejércitos tengan amplia experiencia en combate.



Los resultados de los aciertos a las preguntas se resumen en la tabla 34. En la mayoría de las preguntas se han encontrado porcentajes de acertantes superiores en los encuestados que afirman haber tenido un periodo de formación de al menos 1 curso académico, frente a los que solo han tenido unos pocos meses.

Algunas de esas diferencias no alcanzan significación estadística, pero no se quedan muy lejos de serlo ( $p < 0,200$ ). Sí que aparece significación (con  $p < 0,05$ ) en la pregunta de las instalaciones sanitarias que están protegidas por los convenios, y se han encontrado altas significaciones (con  $p < 0,01$ ) en otras 4: el número de convenios, la protección de hospitales, la protección de personal auxiliar y el armamento de los sanitarios. Y tal significación siempre lo ha sido en el sentido indicado, es decir es mayor la tasa de acierto en los militares que tienen más tiempo de formación básica.

Tabla 34: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función de la formación básica.

Contenido de la pregunta	BAJA n=81	MEDIA/ALTA n=66	Chi <sup>2</sup>	gl	p
Cuántos son los C.G.	45.7% (37)	<b>78.8% (52)</b>	16.69	1	<b>.000**</b>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	54.3% (44)	65.2% (43)	1.77	1	.184 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	37.0% (30)	50.0% (33)	2.50	1	.114 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	29.6% (24)	42.4% (28)	2.60	1	.107 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	27.2% (22)	37.9% (25)	1.92	1	.166 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	39.5% (32)	<b>74.2% (49)</b>	17.38	1	<b>.000**</b>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	46.9% (38)	54.5% (36)	0.85	1	.357 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	16.0% (13)	13.6% (9)	0.17	1	.683 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	50.6% (41)	53.0% (35)	0.08	1	.771 <sup>NS</sup>
Protección del personal auxiliar de un hospital	44.4% (36)	<b>66.7% (44)</b>	7.24	1	<b>.007**</b>
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	55.6% (45)	65.2% (43)	1.02	1	.238 <sup>NS</sup>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	64.2% (52)	<b>83.3% (55)</b>	6.72	1	<b>.010 *</b>
Los sanitarios pueden tener armamento	33.3% (27)	<b>56.1% (37)</b>	7.64	1	<b>.006**</b>

N.S. = NO significativo ( $p > 0,05$ )    \* = Significativo al 5% ( $p < 0,05$ )    \*\* = Altamente significativo al 1% ( $p < 0,01$ )

En la tabla 35 se contrasta el grado de conocimientos totales, la media de la nota de los participantes con menos formación es significativamente menor ( $p < 0,001$ ) que la media de aquellos sujetos con formación de al menos 1 curso académico. Algo que también se refleja al estudiar la asociación de las calificaciones ( $p < 0,001$ ), siendo la tasa de insuficientes más alta entre los que

tienen poca formación, en tanto que entre los que tienen más formación se observan más casos en el grado de aceptable (sobre todo) y en el de excelente.

Tabla 35: *Test de Student y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función de la formación básica.

VARIABLE	BAJA N=81		MEDIA/ALTA N=66		TEST DE CONTRASTE		
	Media	D.E.	Media	D.E.	VALOR	GL	p
<b>Nota</b> [ 0 – 10 ]	4.19	2.21	<b>5.70</b>	1.75	t= -4.52	145	<b>.000**</b>
	% (frec)		% (frec)				
<b>Calificación</b>	Insuficiente	<b>61.7%</b> (50)	27.3% (18)		Chi <sup>2</sup> =17.45	2	<b>.000**</b>
	Aceptable	28.4% (23)	<b>56.1%</b> (37)				
	Excelente	9.9% (8)	16.7% (11)				

\*\*= Altamente significativo al 1% (p<0,01)

### 1.3.10. Diferencias en función del tiempo de formación específica sobre Convenios de Ginebra

Para este análisis, como en el anterior, se prescinde de aquellos casos que responden que no recuerdan si tuvieron formación específica sobre los convenios y se toman en consideración solamente los que indican en su respuesta algún tiempo. La variable queda así en tres niveles o subgrupos de formación específica.

La tabla 36 contiene los resultados de la comparación de cada pregunta. Se han encontrado asociaciones que indican diferencias altamente significativas (p<0,01) en 4 variables: número de convenios, protección de hospitales, instalaciones protegidas y armamento de los sanitarios. En todas ellas, la significación se debe a que el índice de aciertos es claramente inferior en los sujetos del subgrupo que no tuvo ninguna sesión específica sobre los Convenios de Ginebra, como era de esperar. Además hay otras dos preguntas donde la diferencia es casi significativa (p<0,100) en la misma dirección comentada. Las preguntas donde claramente no hay significación (p muy elevada) y por tanto se puede decir que la formación específica no parece haber sido eficaz son: los Convenios de Ginebra son aplicables a todos los conflictos armados, el

significado de la exención de captura y quien debe proporcionar asistencia a los prisioneros.

Tabla 36: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función del tiempo de formación específica en C.G.

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	NINGUNA N=21	1-2 SESIONES N=35	>2 SESIONES N=38	CHI <sup>2</sup>	GL	P
Cuántos son los C.G.	38.1% (8)	<b>65.7% (23)</b>	<b>81.6% (31)</b>	11.39	2	<b>.003**</b>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	52.4% (11)	77.1% (27)	76.3% (29)	4.72	2	.094 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	28.6% (6)	51.4% (18)	52.6% (20)	3.62	2	.163 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	42.9% (9)	42.9% (15)	39.5% (15)	0.11	2	.948 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	38.1% (8)	48.6% (17)	31.6% (12)	2.22	2	.329 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	33.3% (7)	<b>74.3% (26)</b>	<b>76.3% (29)</b>	12.85	2	<b>.002**</b>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	38.1% (8)	45.7% (16)	57.9% (22)	2.35	2	.308 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	14.3% (3)	20.0% (7)	13.2% (5)	0.69	2	.707 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	52.4% (11)	48.6% (17)	57.9% (22)	0.64	2	.725 <sup>NS</sup>
Protección del personal auxiliar de un hospital	42.9% (9)	74.3% (26)	63.2% (24)	5.55	2	.062 <sup>NS</sup>
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	57.1% (12)	74.3% (26)	73.7% (28)	2.12	2	.331 <sup>NS</sup>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	52.4% (11)	<b>94.3% (33)</b>	<b>89.5% (34)</b>	18.22	2	<b>.000**</b>
Los sanitarios pueden tener armamento	28.6% (6)	42.9% (15)	<b>68.4% (26)</b>	9.73	2	<b>.008**</b>

N.S. = NO significativo (p>0,05) \*\*= Altamente significativo al 1% (p<0,01)

La tabla 37 analiza el contraste de las medias del conocimiento total, encontrándose diferencias altamente significativas (p<0,001) entre ellas, debido a que según nos indican los test post-hoc de Tukey, los casos del grupo con ninguna sesión de formación específica tienen un valor medio inferior a cualquier de los otros dos niveles. En el contraste de los grados de calificación, la diferencia tiene menos potencia pero también alcanza significación (p<0,05) siendo más alto el porcentaje de insuficientes en el grupo sin sesiones de formación específica y más elevado del grado aceptable entre los sujetos de los otros dos grupos.

Tabla 37: *Test Anova y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función del tiempo de formación específica en C.G.

VARIABLE	NINGUNA N=21		1-2 SESIONES N=35		>2 SESIONES N=38		TEST DE CONTRASTE		
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	VALOR	GL	p
Nota [ 0 – 10 ]	3.99	2.79	<b>5.85</b>	1.47	<b>6.01</b>	1.57	F= 8.79	2;91	<b>.000**</b>
	% (frec)		% (frec)		% (frec)				
Calificación	Insuficiente	<b>57.1%</b> (12)	20.0% (7)		21.1% (8)		Chi <sup>2</sup> =12.00	4	<b>.017 *</b>
	Aceptable	23.8% (5)	<b>62.9%</b> (22)		<b>57.9%</b> (22)				
	Excelente	19.0% (4)	17.1% (6)		21.1% (8)				

\*= Significativo al 5% (p<0,05) \*\*= Altamente significativo al 1% (p<0,01)

A la vista de los resultados de este tercer bloque, podemos afirmar que el grado de conocimiento de los Convenios de Ginebra por los militares no sanitarios es suficiente, aunque desde luego manifiestamente mejorable. En una escala de 0 a 10 la hipotética calificación global sería de 5. No se aprecian diferencias significativas entre sexos, aunque si las hay en la edad, pudiendo concluirse en que el grado de conocimiento es directamente proporcional a la edad. Igualmente, los Oficiales y Suboficiales tienen más conocimiento que la Tropa y que esas diferencias también se aprecian en los Cuerpos Comunes y asimilados a ellos, así como en los militares que han recibido más tiempo de formación básica y específica sobre los convenios.

Un dato a tener en cuenta es el mayor grado de conocimiento de los militares hispanoamericanos y dentro de ellos los colombianos y salvadoreños, lo cual se debe sin duda alguna a su mayor experiencia en combate.

En definitiva, los datos nos llevan inexorablemente a plantearnos si la difusión del contenido de los Convenios de Ginebra tiene adecuado tratamiento en la formación continua de los militares. Y la respuesta es que no porque si lo fuera, el grado de conocimiento global tendría que ser excelente. Se hace pues necesario un replanteamiento de la cuestión que incida en la mejora de ese conocimiento por todas las categorías de militares.

#### **1.4. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DEL BLOQUE: EXPERIENCIA EN CAMPAÑA Y OPERACIONES INTERNAS E INTERNACIONALES**

Para terminar con el análisis de este cuestionario respondido por la muestra de personal no sanitario, se ha procedido a estudiar las cuestiones de este bloque relativo a la experiencia de los encuestados.

En la primera pregunta, además de la mera descripción de resultados, se ha procedido al contraste de medias en función de los factores demográficos y personales.

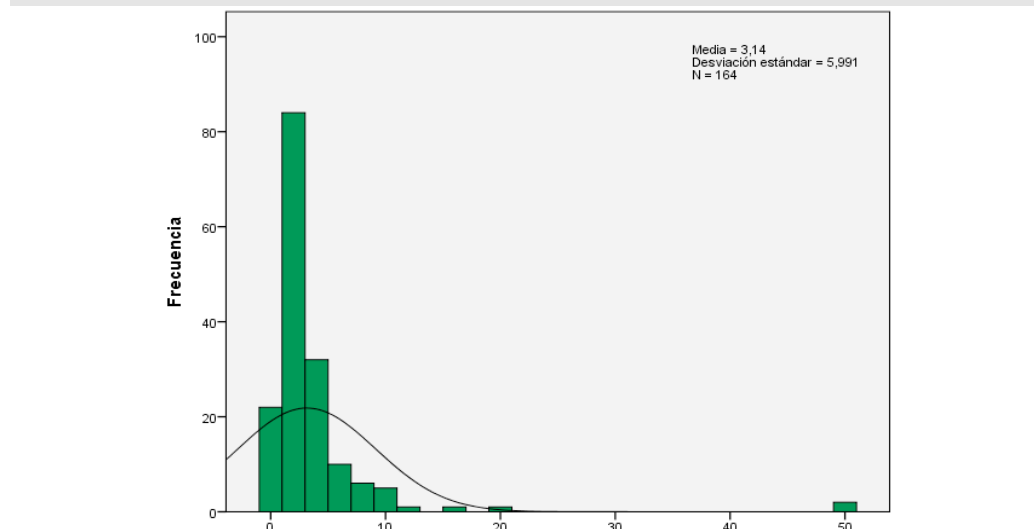
### 1.4.1. Número de operaciones en las que ha participado

En esta variable se han encontrado respuestas con valores en el rango desde 0 hasta 50 con mediana 1 vez; aunque la media es 3.14 veces  $\pm$  5,99 como desviación estándar.

La mediana efectivamente es baja, pero viene acompañada de una alta variabilidad, debido a lo amplio del rango de valores observados, en especial por el máximo arriba referido. Esta cuestión también se refleja en la forma de la variable (figura 17) que presenta una clara asimetría positiva ( $As=6,18$ ) así como una elevada altura ( $K=45,22$ ) muy superior a la de un modelo de curva normal. Cuestión que viene refrendada por el test de bondad de ajuste de Kolmogorov-Smirnov, según el cual la diferencia es altamente significativa ( $p<0,001$ ) con respecto al modelo de la campana de Gauss.

Por tanto esta variable no se distribuye normalmente. Como se observa también en la misma figura, hay dos sujetos de la muestra con valores muy elevados (cerca de 50 intervenciones) e incluso un tercero con un valor algo más bajo (20) que son lo que estadísticamente se denomina *outliers far out* (fuera de rango, lejanos) y que en ciertos análisis pueden ser causa de distorsión en los resultados de otros análisis estadísticos posteriores.

Figura 17: Experiencia: número de veces que ha intervenido en operaciones de campaña



Ambas cuestiones (la falta de normalidad y la presencia de estos valores) implican que para el contraste de esta variable en función de los factores de tipo personal y demográfico, sea preferible la utilización de test de tipo no paramétrico, que a pesar de ser menos potente, se basa en la ordenación por rangos de los sujetos en vez de la comparación de medias aritméticas. Así, a continuación se han empleado el Test U de Mann-Whitney cuando el factor tiene 2 categorías y el Test H de Kruskal-Wallis cuando tiene más de dos grupos. Los resultados se resumen en la tabla 38 que sigue.

Tabla 38: *Test no paramétricos: Mann-Whitney y Kruskal-Wallis.* Comparación del número de operaciones en función de factores personales y demográficos.

Factor	Categoría	N	Media	Mediana	Rango promedio	Estad. de contraste	p-sig		
SEXO	Hombre	138	3.36	1.00	83.31	0.52	.603 <sup>NS</sup>		
	Mujer	26	2.00	2.00	78.19				
EDAD	< 30 años	64	1.81	1.00	66.84	12.50	.002**		
	30-40 años	69	<b>4.43</b>	2.00	90.65				
	> 40 años	31	<b>3.00</b>	3.00	96.69				
GRADO	Oficiales	57	<b>5.84</b>	3.00	104.31	21.32	.000**		
	Suboficiales	35	2.20	2.00	79.33				
	Tropa	72	1.46	1.00	66.78				
ESPECIALIDAD FUNDAMENTAL	C. Generales	142	3.15	1.00	80.44	1.46	.146 <sup>NS</sup>		
	C. Comunes	22	3.09	3.00	95.80				
NACIONALIDAD	Española	101	1.50	1.00	67.44	5.30	.000**		
	Hispanoamericana	63	<b>5.76</b>	4.00	106.64				
	Colombia	44	<b>7.66</b>	5.00	39.44				
	El Salvador	10	1.70	1.00	17.30			25.02	.000**
	Otros países	9	1.00	1.00	11.94				

N.S. = NO significativo ( $p > 0,05$ )    \*\* = Altamente significativo al 1% ( $p < 0,01$ )

Se ha encontrado que no existen diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) en función del género ni en función del cuerpo de especialidad, pero sí aparecen y son altamente significativas ( $p < 0,01$ ) las diferencias en todos los demás factores de contraste

- En edad ( $p < 0,01$ ), se comprueba que los participantes menores de 30 años, han tenido una menor participación, de modo que su experiencia en este terreno es menor. Como se recordará, la variable está muy relacionada con los años de servicio, y por tanto esta diferencia también se encontrará en función de este tiempo.

- En grado ( $p < 0,001$ ), se ha observado que el número de intervenciones es superior en los Oficiales que en el resto de participantes encuestados.
- En nacionalidad ( $p < 0,001$ ), se comprueba que los hispanoamericanos tienen claramente un grado de experiencia e intervención mayor.
- Y entre las nacionalidades hispanoamericanas ( $p < 0,001$ ), se comprueba que son los colombianos los que mayor número de operaciones han realizados.

Recodificando esta variable para ajustarse a la forma genérica de respuesta mostrada en el cuestionario, se ha encontrado que 22 participantes no han participado en ninguna operación (un 13,4%), 61 han participado en una (37,2%) y 55 sujetos lo han hecho entre 2 y 4 (33,5%). Finalmente 26 individuos han estado en más de cuatro (15,9%).

La tabla 38-b resume los cruces de esta forma de tratar la variable con los factores explicativos personales y demográficos. Como se puede comprobar, se mantienen las significaciones anteriores y por supuesto en el mismo sentido comentado, de los factores: edad, grado y nacionalidad. Pero además, se ha encontrado una cierta significación en función del género ( $p < 0,05$ ) debido sobre todo a una mayor participación de las mujeres en la categoría de 2 a 4 intervenciones, en tanto que entre los hombres habría más participación en la categoría de solo una.

Y así mismo se ha detectado significación en función de la especialidad fundamental ( $p < 0,05$ ). que aunque queda muy difusa, parece deberse a una asociación de los sujetos de cuerpos generales más concentrada en la categoría de 1 participación, en tanto que los sujetos de cuerpos comunes se reparten más entre el resto de categorías. Pero este no parece un resultado muy concluyente.

Tabla 38-b: *Test Chi-cuadrado*. Comparación del número de operaciones en las que ha intervenido en función de factores personales y demográficos.

FACTOR		NÚMERO DE OPERACIONES/CAMPAÑAS				CHI <sup>2</sup>	GL	p
		Ninguna (22)	Una (61)	2 a 4 (55)	Más de 4 (26)			
SEXO	Hombre	11.6% (16)	<b>41.3% (57)</b>	29.7% (41)	17.4% (24)	11.20	3	<b>.011*</b>
	Mujer	23.1% (6)	15.4% (4)	<b>53.8% (14)</b>	7.7% (2)			
EDAD	< 30 años	17.2% (11)	<b>50.0% (32)</b>	25.0% (16)	7.8% (5)	14.12	6	<b>.025*</b>
	30-40 años	11.6% (8)	31.9% (22)	34.8% (24)	<b>21.7% (15)</b>			
	> 40 años	9.7% (3)	22.6% (7)	<b>48.4% (15)</b>	19.4% (6)			
GRADO	Oficiales	12.3% (7)	19.3% (11)	31.6% (18)	<b>36.8% (21)</b>	41.11	6	<b>.000*</b>
	Suboficiales	20.0% (7)	28.6% (10)	37.1% (13)	14.3% (5)			
	Tropa	11.1% (8)	<b>55.6% (40)</b>	33.3% (24)	0% (--)			
ESPEC. FUNDAM.	C. Generales	12.0% (17)	<b>41.5% (59)</b>	32.4% (46)	14.1% (20)	9.54	3	<b>.023*</b>
	C. Comunes	22.7% (5)	9.1% (2)	40.9% (9)	27.3% (6)			
NACIONALIDAD	Española	16.8% (17)	<b>44.6% (45)</b>	36.6% (37)	2.0% (2)	38.79	3	<b>.000*</b>
	Hispanoamericana	7.9% (5)	25.4% (16)	28.6% (18)	<b>38.1% (24)</b>			
	Colombia	0% (--)	13.6% (6)	34.1% (15)	<b>52.3% (23)</b>			
	El Salvador	10.0% (1)	<b>70.0% (7)</b>	10.0% (1)	10.0% (1)			
	Otros países	<b>44.4% (4)</b>	33.3% (3)	22.2% (2)	0% (--)	36.68	6	<b>.000*</b>

\*= Significativo al 5% (p<0,05) \*\*= Altamente significativo al 1% (p<0,01)

A continuación, se procede a realizar una descriptiva simple del resto de las preguntas de esta sección. Hay que advertir antes de nada, que hay algunos sujetos (23; un 14%) que no han respondido a estas cuestiones. Todos, salvo uno, manifestaron no haber participado en ninguna operación, por lo que evidentemente carecen de experiencia, con lo que su falta de respuestas es lógica y adecuada.

#### 1.4.2. Tipo de operaciones

El tipo más frecuente de operación ha sido la exterior, 86 participantes, seguido de las operaciones internas contraterroristas (48; 34%). Las otras dos

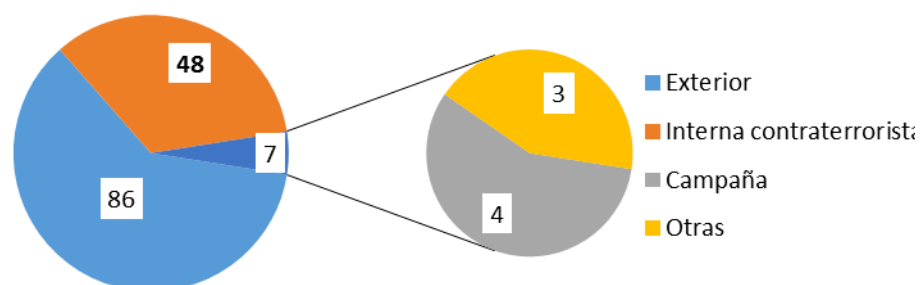


respuestas, campaña (4) y otras (3), apenas aparecen citadas (tabla 39 y figura 18)<sup>212</sup>.

Tabla 39: Tipo de operaciones

	Frecuencia	Porcentajes
Exterior	86	61,0
Interna Contraterrorista	48	34,0
Campaña	4	2,8
Otras	3	2,2

Figura 18: Tipo de operaciones en los que ha participado



### 1.4.3. Grado de responsabilidad ejercido

Respecto a la responsabilidad ejercida en esas operaciones (tabla 40 y figura 19), la mayoría (un 46,8%) son Tropa, seguidos de los auxiliares de mando (24,1%) y de los mandos de unidad tipo compañía (22%). Los casos restantes son otros mandos (9; 6,4%)<sup>213</sup>.

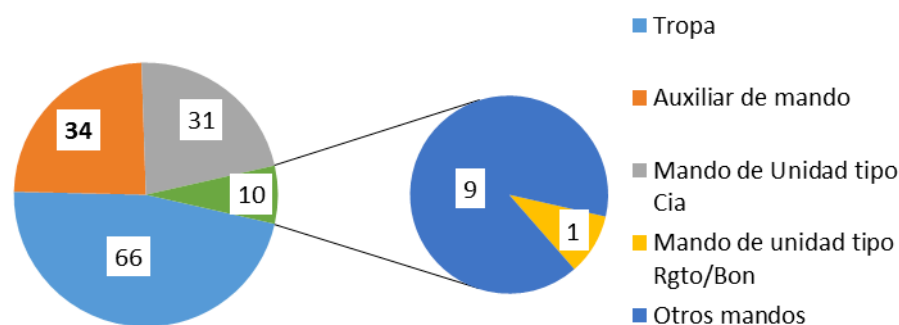
<sup>212</sup> Conviene aclarar que como operaciones exteriores se entienden las operaciones internacionales tanto de imposición, restablecimiento o mantenimiento, de la paz, como las denominadas coloquialmente misiones de ayuda humanitaria. Todas ellas constituyen lo que hoy en día se conocen como operaciones de acción humanitaria. Las operaciones internas contraterroristas son llevadas a cabo por las fuerzas militares en sus propios países y las de campaña son operaciones de guerra en sentido estricto.

<sup>213</sup> Los auxiliares de mando son Oficiales o Suboficiales que no Mandan unidades con misiones de apoyo a superiores jerárquicos en parcelas concretas --asesoramiento, burocráticas o logísticas--. El mando de unidad tipo Compañía lo ejercen por lo general capitanes, aunque en ocasiones puede estar encomendado a Oficiales de menor rango.

Tabla 40: Grado de responsabilidad

	Frecuencia	Porcentajes
Tropa	66	46,8
Auxiliar del mando	34	24,1
Mando Compañía	31	22,0
Otros mandos	10	6,4

Figura 19: Diagrama de sectores. Responsabilidad ejercida

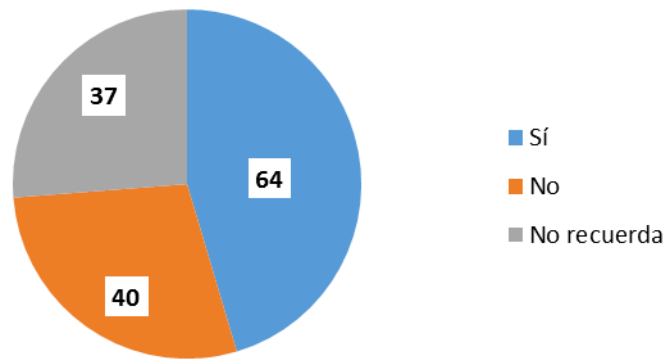


#### 1.4.4. En las jornadas de ambientación previas a las operaciones, hubo alguna teórica sobre los Convenios de Ginebra

En cuanto a si se les dieron o no algunas sesiones teóricas sobre los convenios en la jornadas previas a las operaciones que realizaron, casi la mitad de los encuestados, un 45,4% afirma que sí las tuvieron, un 28,4% dice que no y un llamativo 26,2% no lo recuerda (tabla 41 y figura 20).

Tabla 41: Teóricas previas a salida

	Frecuencia	Porcentajes
Si	64	45,4
No	40	28,4
No lo recuerda	37	26,2

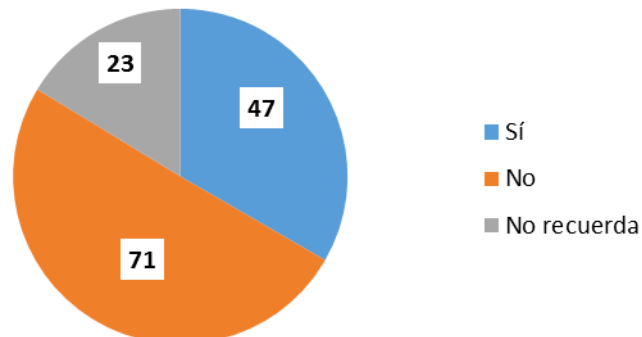
**Figura 20:** Existencia de teóricas sobre los C.G. previas a la operación

#### 1.4.5. Revisión de las normas de los Convenios de Ginebra antes de emprender el viaje

A la pregunta de si antes de emprender el viaje a las operaciones en las que participaron revisaron, repasaron o reflexionaron sobre el contenido de los C.G., la respuesta más emitida fue que no, dada por un 50.4%. Además de estos hay otro 16.3% que no lo recuerda. Sí lo hicieron solamente el 33.3% de los que respondieron a esta cuestión.

Tabla 42: Revisión de las normas

	Frecuencia	Porcentajes
Si	47	33,3
No	71	50,4
No lo recuerda	23	16,3

**Figura 21:** Revisar/repasar/releer las normas de los C.G. antes de viajar

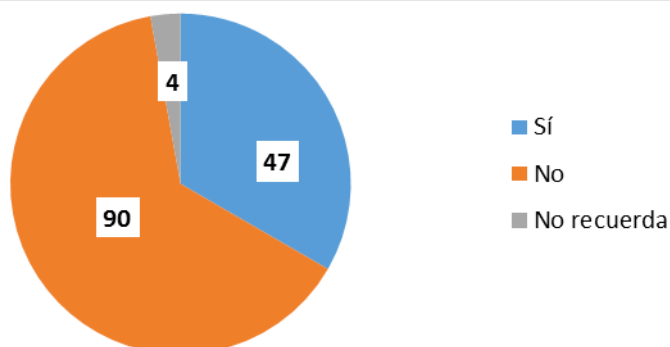
#### 1.4.6. Ha tratado profesionalmente con algún prisionero o detenido

Una gran parte de los encuestados de esta muestra no han tenido la ocasión de tratar profesionalmente con un prisionero o detenido (63.8%). Un 33.3% ha indicado que sí ha tenido esa experiencia. Y solamente hay un(2.8% que no recuerda esta cuestión.

Tabla 43: Trato con prisioneros o detenidos

	Frecuencia	Porcentajes
Si	27	33,3
No	90	63,8
No lo recuerda	4	2,8

Figura 22.: Ha tenido ocasión de tratar profesionalmente a algún prisionero o detenido



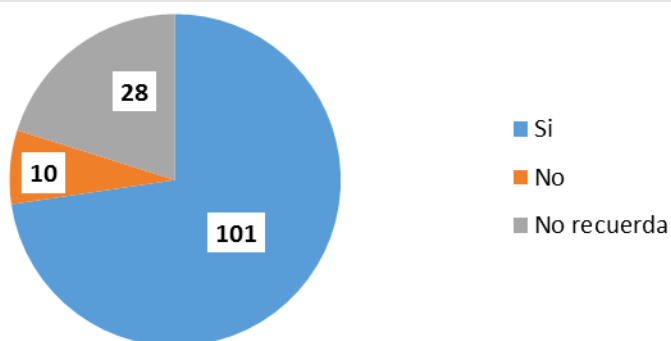
#### 1.4.7. Opina que los prisioneros o detenidos recibían asistencia sanitaria correcta

Un muy mayoritario 72.7% mantienen la opinión de que los prisioneros/detenidos sí tenían una correcta y adecuada asistencia sanitaria. Solo un 6.1% cree que no. Y hay un significativo 21,2 % que no lo recuerda, muy probablemente porque ni tuvo trato ni supo nada de ellos.

Tabla 43: Trato con prisioneros o detenidos

	Frecuencia	Porcentajes
Si	101	72,7
No	10	6,1
No lo recuerda	28	21,2

Figura 23: Diagrama de sectores. Opina que los prisioneros o detenidos, recibían asistencia sanitaria correcta

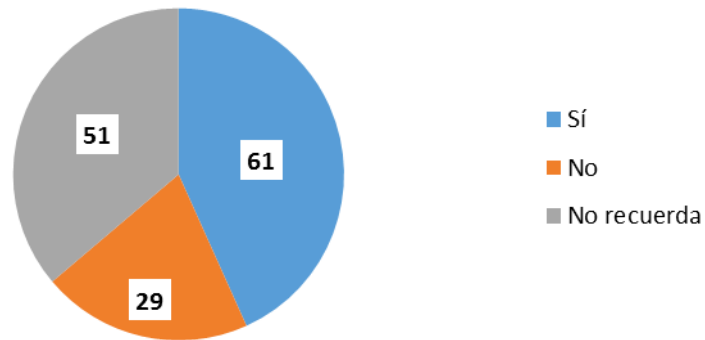


#### 1.4.8. En su unidad existía protocolo de trato sanitario a prisioneros o detenidos

Casi la mitad de los participantes que respondieron a esta pregunta (un 43.3%) afirmaron que sí que había un protocolo de asistencia sanitaria a prisioneros o detenidos en su unidad. Un 36.2% no lo recuerda. Y un 20.6% dice que no lo recuerda.

Tabla 44: Existencia de protocolo de trato sanitario a prisioneros

	Frecuencia	Porcentajes
Si	61	43,3
No	29	20,6
No lo recuerda	51	36,2

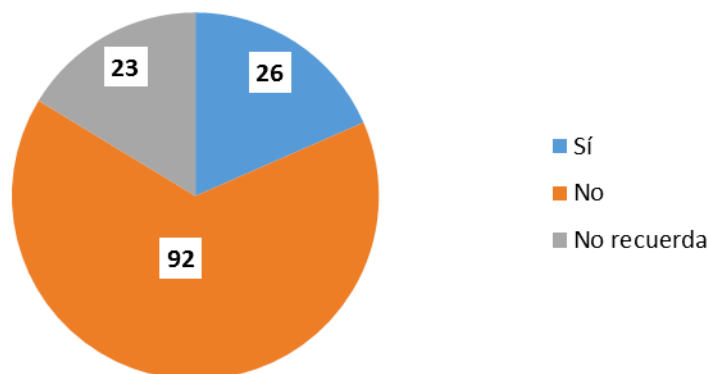
**Figura 24:** Existía un protocolo de asistencia sanitaria a prisioneros en su unidad

#### 1.4.9. Dio o escuchó alguna orden sobre la forma de tratar medicamento a civiles

Al respecto de la circulación de órdenes, dadas o escuchadas, sobre la forma de tratar medicamento a civiles, un mayoritario 65.2% dice que no y un 16.3% que no lo recuerda. Solo el 18.4% afirma que sí ha habido tales órdenes.

**Tabla 45:** Orden sobre trato sanitario a civiles

	Frecuencia	Porcentajes
Si	26	18,4
No	92	65,2
No lo recuerda	23	16,3

**Figura 25:** Dar o escuchar órdenes sobre el trato médico a civiles

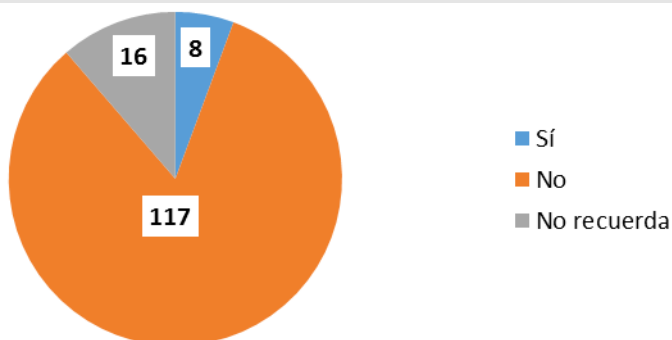
#### 1.4.10. Dio o escuchó alguna orden sobre prioridad de asistencia sanitaria por jerarquía

Un muy mayoritario 83% ha respondido que no ha escuchado ni dado a órdenes acerca de una prioridad de asistencia sanitaria por razón de jerarquía militar, en tanto que hay otro 11.3% que no lo recuerda. Solo un 5.7% dice que sí.

Tabla 46: Orden sobre trato sanitario preferente por jerarquía

	Frecuencia	Porcentajes
Si	8	5,7
No	117	83,0
No lo recuerda	16	11,3

Figura 26: Dar o escuchar órdenes sobre prioridad de atención sanitaria por razón de jerarquía militar



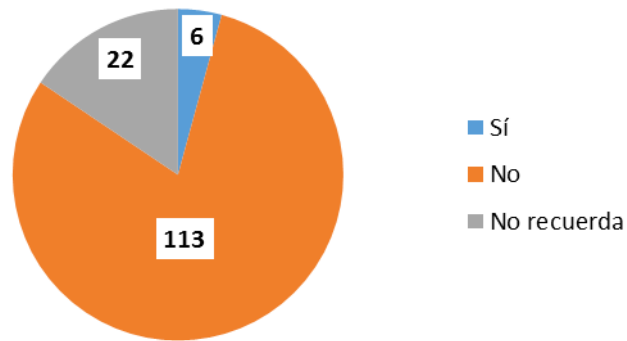
#### 1.4.11. En hospitales había diferencia de trato a los civiles

Al respecto de si observaron diferencias en el trato a los civiles en los hospitales, una gran mayoría de los encuestados (80.1%) respondieron negativamente. Solamente un 4.3% dice que sí y el restante 15.6% no lo recuerda.

Tabla 47: Diferencia trato a civiles en hospitales

	Frecuencia	Porcentajes
Si	6	4,3
No	113	80.1
No lo recuerda	22	15,6

Figura 27: Diferencia de trato a los civiles en los hospitales



#### 1.4.12. Mismos alojamientos

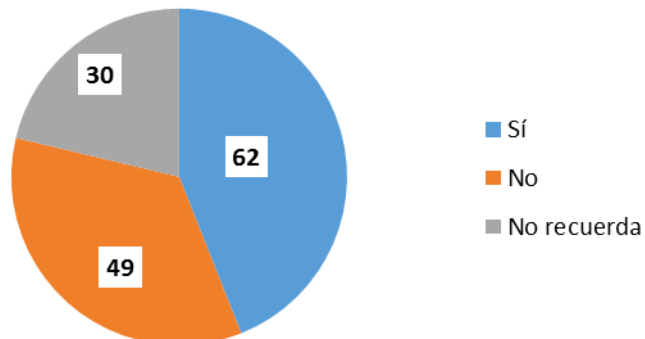
A la cuestión de si los alojamientos eran los mismos para civiles y militares, un 44% (62) responden que sí lo eran frente a un 34.8% (49) que respondió que no. El 21.3% (30) restante dice no recordarlo (fig. 28 y tabla 48).

Y entre los que dijeron que eran distintos: el 59.2% (29) afirman que tenían la misma calidad, un 22.4% (11) que no la tenían y los otros 9 (18.4%) no lo recuerda.

Tabla 48: Mismos alojamientos civiles y militares en hospitales

	Frecuencia	Porcentajes
Si	62	44,0
No	49	34,8
No lo recuerda	30	21,3

Figura 28: Mismos alojamientos para civiles y militares





### 1.4.13. Comidas idénticas

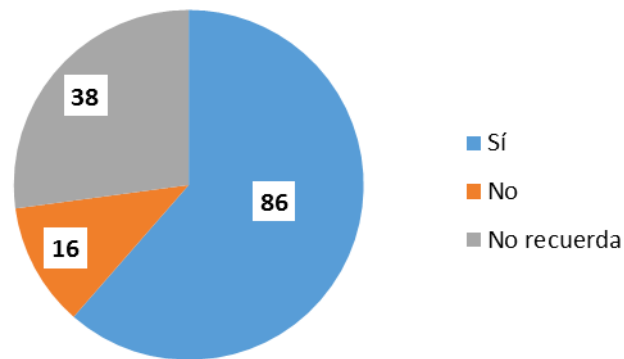
Y por último al respecto de las comidas, un 61.4% responde que sí lo son, un 27.1% no lo recuerda y solamente un 11.4% dice que no lo eran (fig. 29 y tabla 49).

Entre los que dijeron que eran distintas: 7 respondieron que tenían la misma calidad y 6 que no (3 no lo recuerdan).

Tabla 49: Comidas idénticas civiles y militares en hospitales

	Frecuencia	Porcentajes
Si	86	61,4
No	16	11,4
No lo recuerda	38	27,1

Figura 29: Comidas idénticas para civiles y militares



La ausencia de experiencia en combate propiamente dicha de los encuestados hace que resulte extremadamente complicado el análisis de este cuarto bloque, ya que no puede contrastarse la aplicación de los Convenios de Ginebra en las situaciones extremas para las que fueron diseñadas sus prescripciones. Y es que por mucho que nos empeñemos en asimilar las operaciones de paz a verdaderas situaciones de guerra, lo cierto es que en la mayoría de ellas no se dan los presupuestos para que sea necesario aplicar los Convenios en toda su extensión. El hecho de que en el transcurso de las operaciones aludidas puedan tener lugar enfrentamientos que cursen con bajas,

éstas nunca llegarán a tener el carácter de masivas que se da en cualquier conflicto armado convencional. Dicho esto, es claro que las experiencias adquiridas en este tipo de misiones pueden perfectamente servir para conocer con mucha aproximación cual sería el comportamiento de los militares españoles e hispanoamericanos en un conflicto armado convencional, que esperemos no tenga que producirse.

Ya en materia, la estadística evidencia que el número de operaciones en que han participado los encuestados es muy diferente, tanto que la curva de Gauss está fuera de parámetros, por lo que para que el análisis sea fiable hay que acudir a aplicaciones estadísticas más complejas. Y así, se ha podido comprobar que a mayor edad los militares tienen mayor experiencia en la aplicación de los Convenios, que los Oficiales y Suboficiales tienen más experiencia que la Tropa y que en los hispanoamericanos es mayor que en los españoles, todo lo cual casa con lo que se preveía y confirma lo que se preveía.

En cuanto al tipo de operaciones, se ha confirmado igualmente que las internacionales de paz son mayoritarias. Precisamente es así porque nuestro país el Ejército no ha intervenido en operaciones contraterroristas, reservadas aquí a las fuerzas de seguridad.

Casa igualmente con el resto de las respuestas, el que un importante número de encuestados no recuerde si el tema se trata en las jornadas de ambientación previas al inicio de una misión o que la mayoría ni siquiera haya reflexionado sobre ello antes de partir a una operación. Sea porque en la formación no se le de la importancia debida, sea porque para los militares la posibilidad de ser herido no es motivo de reflexión, que no de preocupación, lo cierto es que tanto el mando como los propios interesados no le prestan la atención que en nuestra opinión, deberían.

Sobre el trato con detenidos o prisioneros el resultado entra dentro de los parámetros lógicos. En las operaciones de paz no se producen detenciones masivas, con lo que parece lógico que quienes tengan trato con ellos sea una

minoría, de ahí que incluso no se tenga conocimiento de la existencia de protocolos, ya que la mayor parte de los encuestados no ha necesitado de ellos.

Si parece importante en cambio destacar que la aplicación de los convenios en materia de atención sanitaria, los encuestados la tengan mayoritariamente como correcta o adecuada.

## 2. ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA MUESTRA DE MILITARES SANITARIOS

A continuación, el estudio estadístico prosigue replicando el análisis anteriormente realizado con las respuestas al cuestionario dadas por los participantes militares sanitarios.

Como en el anterior, los resultados se presentan ordenados siguiendo las distintas secciones que contiene el cuestionario.

### 2.4. DESCRIPTIVA DE LOS DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS Y PROFESIONALES DE LA MUESTRA.

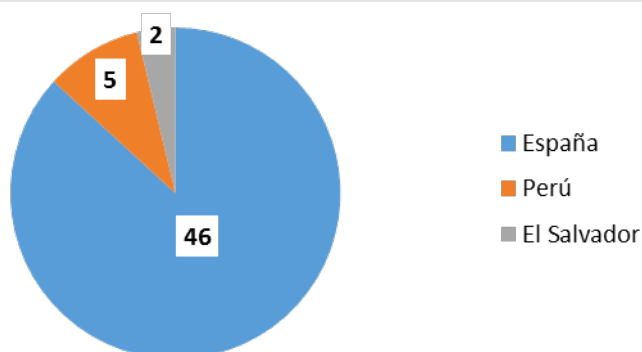
#### 2.4.1. País de origen.

De los 53 participantes la inmensa mayoría, un 86.8% son españoles frente al restante 13.2% que son hispanoamericanos, correspondiendo el 9,4% al Perú (9.4%) y el 3,8% a El Salvador. Figura 30. Ante esta situación, la variable nacionalidad no podrá ser utilizada como factor diferencial en los posteriores análisis que se realizarán en el estudio de grado de conocimientos sobre los Convenios de Ginebra.

Tabla 50: Nacionalidad de los encuestados sanitarios

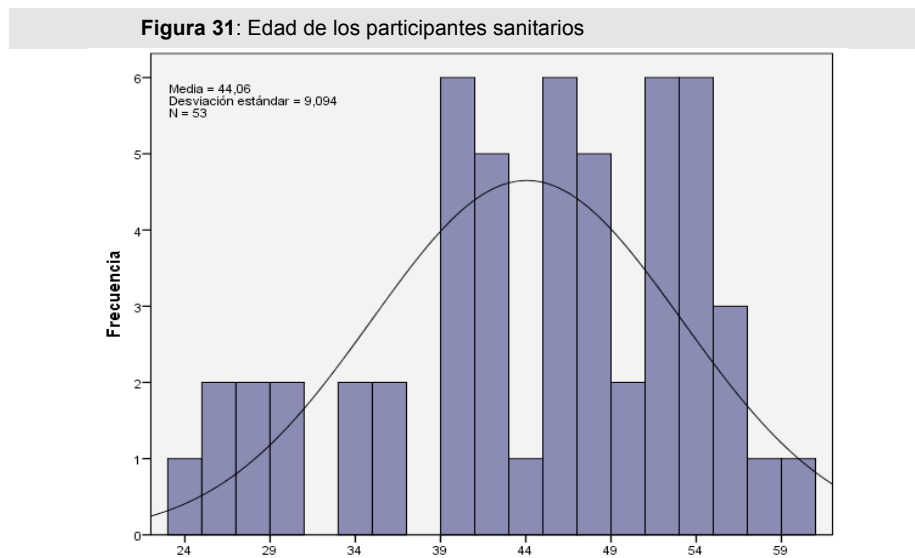
	Frecuencia	Porcentajes
Española	46	86,8
Perú	5	9,4
El Salvador	2	3,8
Total hispanoamericanos	7	13,2

Figura 30: País de origen.



### 2.4.2. Edad y Género

Las edades de este grupo de sujetos se encuentran en el rango de entre 24 y 60 años con mediana 46. La edad media es de 44 años aproximadamente (44.06) con una desviación estándar de  $\pm 9.09$  años. La distribución a pesar de que tiene un aspecto visual poco normal (fig. 31) tiene índices de asimetría y apuntamiento ( $As=-0.580$  y  $K=-0.433$ ) dentro de los márgenes de la normalidad, cuestión que confirma el test de bondad de ajuste a la normalidad de K-S, según el cual la diferencia con respecto al modelo de la campana normal de Gauss no es significativa con  $P>.05$  ( $P=.539$ ). Por tanto se puede admitir la tendencia hacia la normalidad de esta variable.



Pero además, la edad media apuntada casa con la que se aprecia en el conjunto de los militares de Cuerpos Comunes de nuestro país, que oscila entre los 46,20 de los militares de carrera y los 37,96 de los de complemento, siendo los primeros abrumadoramente mayoritarios en las plantillas<sup>214</sup>.

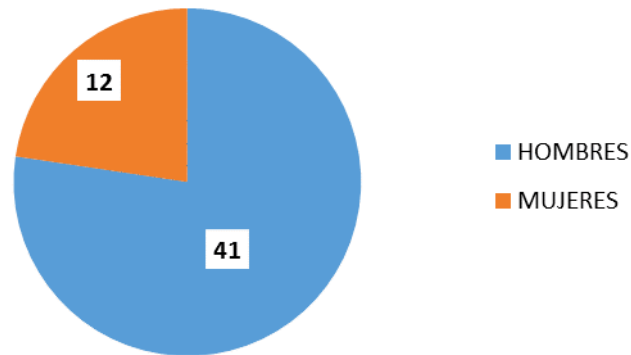
<sup>214</sup> Datos obtenidos de las estadísticas de personal militar de carrera de las FAS, de la categoría de Oficial General, Oficial y Suboficial de las Fas y de personal militar de carrera del Cuerpo de la Guardia Civil, así como de Militar de Complemento, Militar de Tropa y Marinería y Reservista Voluntario, todas ellas correspondientes al año 2013, editadas por la Secretaría General Técnica del Ministerio de Defensa, edición abril de 2014.

Tabla 51: Edades Medias Militares Cuerpos Comunes

	Edad	Número efectivos
Militares de Carrera	46,20	2918
Militares de Complemento	37,96	193

Con respecto al género (fig. 8), han participado 12 mujeres: 26 (un 22.6%) y 41 varones (77.4%). El resultado casa con los datos ya citados, facilitados por el Ministerio de Defensa en septiembre de 2013, con motivo del 25 aniversario de la incorporación de la mujer a las Fuerzas Armadas, que fijan en el 20,8 % su presencia en el Cuerpo Militar de Sanidad<sup>215</sup>.

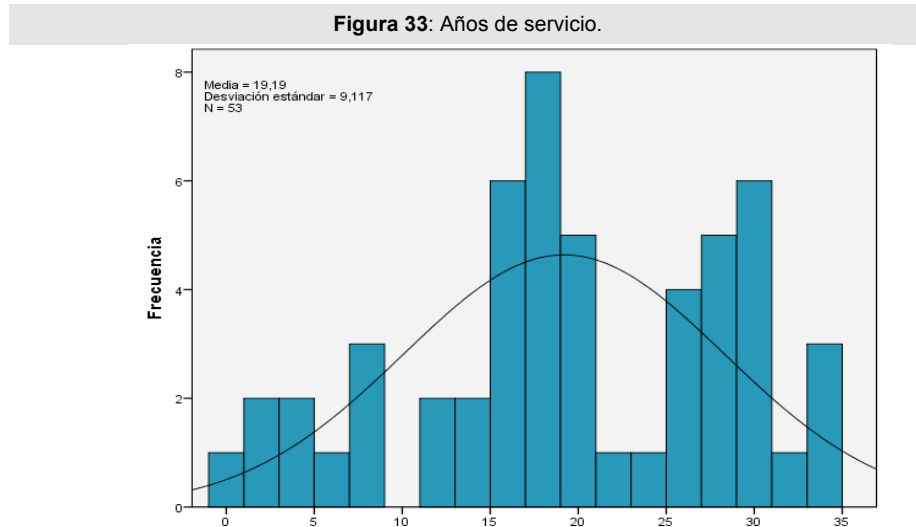
Figura 32: Género de los participantes sanitarios



### 2.4.3. Años de servicio

La media de los años de servicio es de 19.2 con  $\pm 9.12$  como desviación estándar, dentro del rango observado de 0 a 34 y mediana 18 años de servicio. Como en la edad los índices de asimetría y altura ( $As = -0.348$  y  $K = -0.624$ ) están dentro de lo que es aceptable como normal. Así mismo el test de bondad de ajuste de KS nos permite concluir que la variable tiende hacia la normalidad puesto que la diferencia con la campana de Gauss no se puede considerar como significativa con  $P > .05$  ( $P = .670$ ).

<sup>215</sup> [http://www.eldiario.es/politica/ciento-mujeres-Fuerzas-Armadas-incorporacion\\_0\\_203329931.html](http://www.eldiario.es/politica/ciento-mujeres-Fuerzas-Armadas-incorporacion_0_203329931.html)



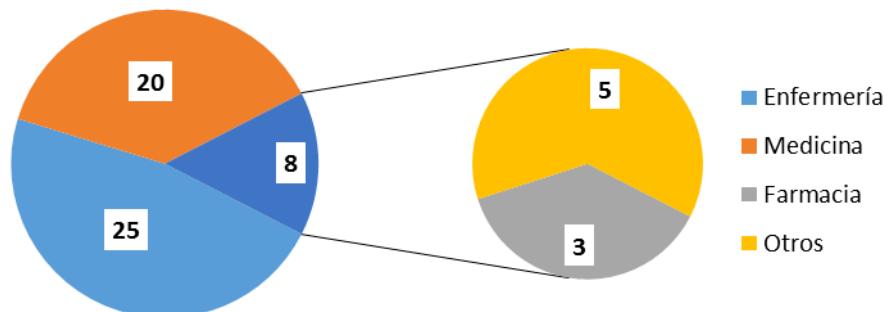
#### 2.4.4. Especialidad fundamental

Al respecto de la especialidad la muestra está compuesta por un 47.2% de enfermeros, un 37.7% de médicos, un 5.7% de farmacéuticos y el restante 9.4% de otros servicios sanitarios.

Tabla 52: Especialidad de los militares sanitarios

	Frecuencia	Porcentajes
Medicina	20	37,7
Enfermería	25	47,2
Farmacia	3	5,7
Otros servicios sanitarios (Veterinaria, Psicología...)	5	9,4

**Figura 34: Diagrama de sectores. Especialidad fundamental.**



Los datos demográficos en los encuestados sanitarios difieren de los no sanitarios. Partiendo del hecho de que proporcionalmente el número de hispanoamericanos es muy distinto, encontramos asimismo diferencias notorias en otros parámetros como la edad o el sexo. Respecto al primero, la diferencia se explica por la distinta formación académica previa: en el caso de los sanitarios todos tienen que llegar a las academias militares con una titulación universitaria, lo que supone que la edad de incorporación sea sensiblemente mayor. Y esto también afecta al número de años de servicio.

En cuanto a la especialidad, las proporciones existentes entre médicos y enfermeros casa con la que se aprecia en el conjunto del Cuerpo Militar de Sanidad. La diferencia entre médicos y enfermeros es tan notoria como adecuada a los cometidos asistenciales de cada uno de los grupos. Y lo mismo podemos decir con el resto de facultativos, puesto que en materia de Defensa, las necesidades de farmacéuticos o veterinarios es hoy día mucho menor. No podemos decir lo mismo de los psicólogos, si bien es cierto que su incorporación al Cuerpo Militar de Sanidad es relativamente reciente.

## **2.5. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DEL BLOQUE: FORMACIÓN GENERAL Y EN DERECHO DE GINEBRA.**

### **2.5.1. Formación básica**

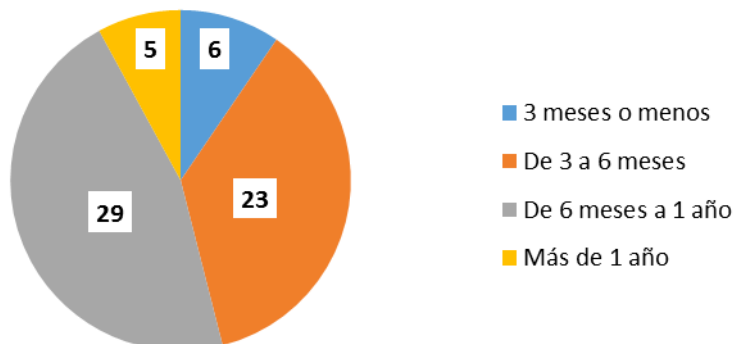
Un 11.3% de los participantes de esta muestra ha tenido un periodo de formación básica de hasta 3 meses, a los que se les puede sumar un 43.4% que tiene entre 3 y 6 meses, para totalizar poco más de la mitad del grupo (54.7%). Con más de 6 meses se encuentran el resto de casos, en especial los que han tenido entre 6 meses y 1 año (el 35.8%). El restante 9.4% tiene más de 1 año de formación.



Tabla 53: Formación básica de los militares sanitarios

	Frecuencia	Porcentajes
Hasta 3 meses	6	11,3
De 3 a 6 meses	23	43,4
Entre 6 meses y 1 año	19	35,8
Más de 1 año	5	9,4

Figura 35: Periodo de formación básica



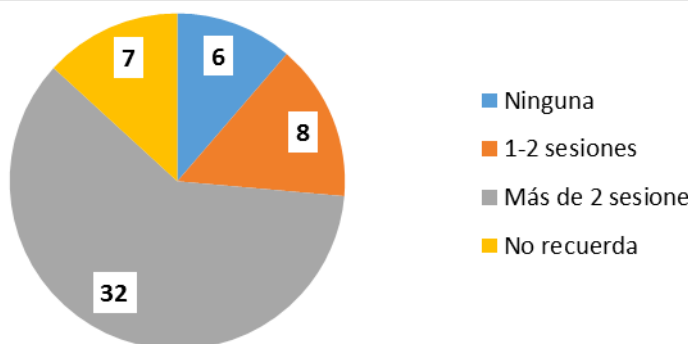
### 2.5.2. Formación específica sobre la Convención de Ginebra

A la cuestión acerca de la formación específica sobre los Convenios un mayoritario 60.4% indica que tuvo más de 2 sesiones, a los que se les puede sumar otro 15.1% que dice haber recibido 1 ó 2. Solamente un 11.3% asegura que no tuvo ninguna y un 13.2% que no lo recuerda.

Tabla 54: Formación específica de los militares sanitarios

	Frecuencia	Porcentajes
Ninguna	6	11,3
1 ó 2 sesiones	8	15,1
Más de 2 sesiones	32	60,4
No lo recuerda	7	13,2

**Figura 36:** Sesiones dedicadas a los Convenios de Ginebra, dentro de su periodo de formación militar.



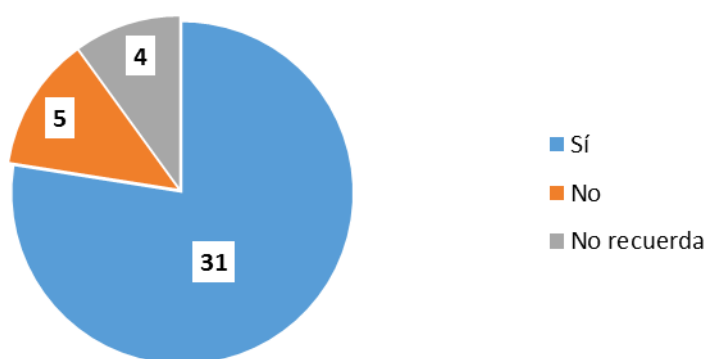
### 2.5.3. Estatuto del personal sanitario en caso de conflicto armado

A la vista de la la respuesta anterior, para los siguientes análisis lógicamente se selecciona solo a los sujetos que respondieron afirmativamente que tuvieron al menos 1 sesión de formación específica. Pues bien, la suma de ambas respuestas afirmativas es el 75.5% del total de esta muestra, lo que supone 40 sujetos.

Entre ellos una gran mayoría, el 77.5% (31 encuestados) afirman que sí se trató el tema del estatuto del personal sanitario en caso de conflicto armado. Solamente 5 sujetos (12.5%) dicen que no se trató y otros 4 (10%) que no lo recuerdan.

Tabla 55: Explicación del estatuto del personal sanitario

	Frecuencia	Porcentajes
Si	31	77,5
No	5	12,5
No lo recuerda	4	10,0

**Figura 37:** Se trató el tema del estatuto de personal sanitario en caso de conflicto armado.

Como en el estudio del cuestionario anterior de no sanitarios, se ha procedido a cruzar estas respuestas con las variables de formación básica y específica mediante el Test Chi-cuadrado. Y se ha observado que existe una relación estadísticamente significativa ( $p < .05$ ) con el tiempo de formación básica, tal que la mayor parte de los sujetos con 3 meses o menos de formación no trataron el tema del estatuto (75%), en tanto que en todas las categorías de mayor tiempo de formación mayoritariamente sí que se trató (en tasas por encima del 75%).

Tabla 56: *Test Chi-cuadrado*. Relación entre variables categóricas. Variables de formación -A-

VARIABLE	CATEGORÍA	SE TRATÓ EL TEMA DEL ESTATUTO DEL PERSONAL SANITARIO EN CASO DE CONFLICTO			Chi <sup>2</sup>	gl	p
		SI	NO	NO RECUERDA			
<b>Formación básica</b>	3 meses o menos	25.0% (1)	<b>75.0% (3)</b>	0% (--)	14.62	6	<b>.023 *</b>
	3 a 6 meses	<b>80.0% (16)</b>	5.0% (1)	15.0% (3)			
	6 meses a 1 año	<b>91.7% (11)</b>	0% (--)	8.3% (1)			
	Más de 1 año	<b>75.0% (3)</b>	25.0% (1)	0% (--)			
<b>Formación específica en C.G.</b>	1-2 sesiones	100% (8)	0% (--)	0% (--)	4.63	2	.099 <sup>NS</sup>
	Más de 2 sesiones	71.9% (23)	15.6% (5)	12.5% (4)			

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ ) \* = Significativo al 5% ( $P < .05$ )

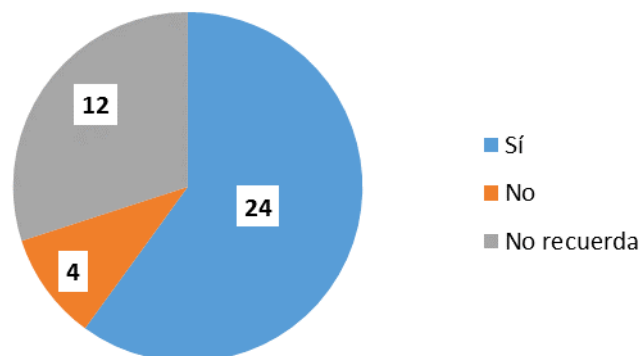
#### 2.5.4. Explicación de sus derechos y deberes por su condición de personal sanitario

Dentro de este subgrupo de participantes que tuvieron al menos 1 sesión específica sobre los Convenios de Ginebra, un 60% dice que sí le dieron una explicación correcta sobre sus derechos y deberes como personal sanitario. Solo un 10% dicen que no y otro 30% no lo recuerda.

Tabla 57: Explicación correcta derechos y deberes como sanitarios

	Frecuencia	Porcentajes
Si	24	60,0
No	4	10,0
No lo recuerda	12	30,0

Figura 38: Recibieron explicación correcta sobre sus derechos y deberes como personal sanitario



Al cruzar esta variable con las otras dos de formación en la tabla 58, no se ha encontrado asociación significativa ( $p > .05$ ) en el caso de la variable de formación básica, pero sí que aparece con la formación específica ( $p < .01$ ). En esta variable, resulta llamativo que la significación se debe a que el 100% de los casos que tuvieron 1-2 sesiones afirma que sí fueron informados de sus derechos y deberes, en tanto que esta tasa desciende al 50% en los sujetos con más sesiones de formación, debido a que ha aparecido un notable 37.5% de sujetos que no lo recuerdan.

Tabla 58: *Test Chi-cuadrado*. Relación entre variables categóricas. Variables de formación -B-

VARIABLE	CATEGORÍA	LES EXPLICARON SUS DERECHOS Y DEBERES COMO PERSONAL SANITARIO			CHI <sup>2</sup>	GL	p
		SI	NO	NO RECUERDA			
Formación básica	3 meses o menos	75.0% (3)	0% (--)	25.0% (1)	5.11	6	.530 <sup>NS</sup>
	3 a 6 meses	45.0% (9)	15.0% (3)	40.0% (8)			
	6 meses a 1 año	75.0% (9)	8.3% (1)	16.7% (2)			
	Más de 1 año	75.0% (3)	0% (--)	25.0% (1)			
Formación específica en C.G.	1-2 sesiones	<b>100% (8)</b>	0% (--)	0% (--)	9.48	2	<b>.009**</b>
	Más de 2 sesiones	50.0% (16)	12.5% (4)	<b>37.5% (12)</b>			

N.S. = NO significativo (p>.05)    \*\*= Altamente significativo al 1% (p<.01)

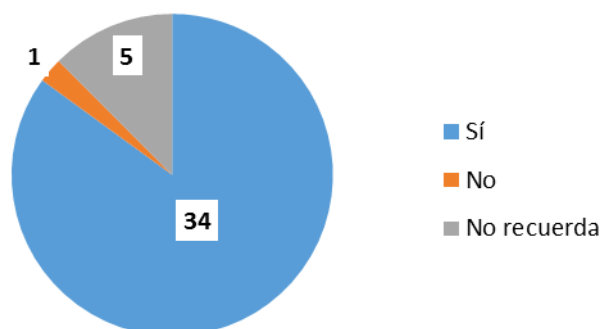
### 2.5.5. Explicación de la obligación de atención a heridos y enfermos con exclusivo criterio de urgencia médica

Un alto porcentaje del 85%, afirma que sí se le explicó esta obligación de atención a los pacientes en base exclusivamente al criterio de la urgencia médica. Solo 1 caso dice que no se lo explicaron y el resto, un 12.5%, no lo recuerda (fig. 39).

Tabla 59: Explicación sobre atención heridos y enfermos por criterio urgencia médica

	Frecuencia	Porcentajes
Si	34	85,0
No	1	2,5
No lo recuerda	5	12,5

**Figura 39:** Recibieron explicación sobre su obligación de atención a heridos y enfermos con exclusivo criterio de urgencia médica.



Al estudiar la relación de las respuestas de esta variable con la formación en la tabla 60, no aparecen significaciones estadísticas ( $p > .05$ ) aunque en el caso de la formación específica se podría hablar de una casi significación ( $p < .100$ ), que podría indicar una mayor existencia de esta información cuanto mayor sea el número de sesiones de formación sobre los Convenios de Ginebra.

Tabla 60: *Test Chi-cuadrado*. Relación entre variables categóricas. Variables de formación -C-

VARIABLE	CATEGORÍA	SE EXPLICÓ SU OBLIGACIÓN DE ATENCIÓN POR CRITERIO DE URGENCIA MÉDICA			CHI <sup>2</sup>	GL	P
		SI	NO	NO RECUERDA			
<b>Formación básica</b>	3 meses o menos	100% (4)	0% (--)	0% (--)	5.00	6	.544 <sup>NS</sup>
	3 a 6 meses	85.0% (17)	0% (--)	15.0% (3)			
	6 meses a 1 año	75.0% (9)	8.3% (1)	16.7% (2)			
	Más de 1 año	100% (4)	0% (--)	0% (--)			
<b>Formación específica en C.G.</b>	1-2 sesiones	62.5% (5)	0% (--)	37.5% (3)	4.91	2	.086 <sup>NS</sup>
	Más de 2 sesiones	90.6% (29)	3.1% (1)	6.3% (2)			

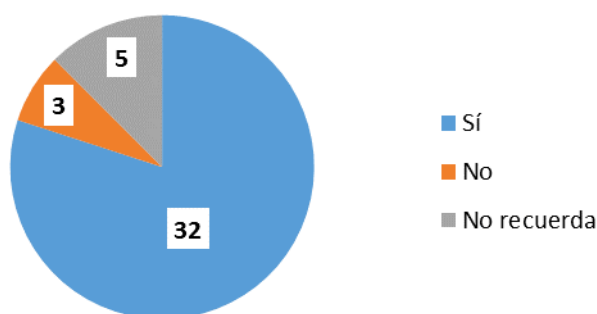
N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )

### 2.5.6. Explicación de la obligación de no clasificar a heridos y enfermos por su graduación militar o bando

En cuanto a sí o no recibieron explicación sobre su obligación de no clasificar a los heridos o enfermos por motivos de bando o de graduación militar, una gran mayoría de los participantes, el 80%, afirma que sí la recibieron. Solamente un 7.5% dice que no y un 12.5% que no lo recuerda.

Tabla 61: Explicación sobre no clasificación de heridos y enfermos por grado o bando

	Frecuencia	Porcentajes
Si	32	80,0
No	3	7,5
No lo recuerda	5	12,5

**Figura 40:** Recibieron explicación sobre su obligación de no clasificar a heridos y enfermos por su graduación militar o bando

Al cruzar las respuestas de esta variable con la formación en la tabla 62, no se encontraron asociaciones que se puedan considerar como estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) con ninguna de las variables.

Tabla 62: *Test Chi-cuadrado*. Relación entre variables categóricas. Variables de formación -D-

VARIABLE	CATEGORÍA	SE EXPLICÓ SU OBLIGACIÓN DE NO CLASIFICAR POR RANGO MILITAR O BANDO			CHI <sup>2</sup>	GL	p
		BANDO		NO RECUERDA			
		SI	NO				
Formación básica	3 meses o menos	100% (4)	0% (–)	0% (–)	9.46	6	.149 <sup>NS</sup>
	3 a 6 meses	65.0% (13)	10.0% (2)	25.0% (5)			
	6 meses a 1 año	91.7% (11)	8.3% (1)	0% (–)			
	Más de 1 año	100% (4)	0% (–)	0% (–)			
Formación específica en C.G.	1-2 sesiones	75.0% (6)	12.5% (1)	12.5% (1)	0.32	2	.850 <sup>NS</sup>
	Más de 2 sesiones	81.3% (26)	6.3% (2)	12.5% (4)			

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )

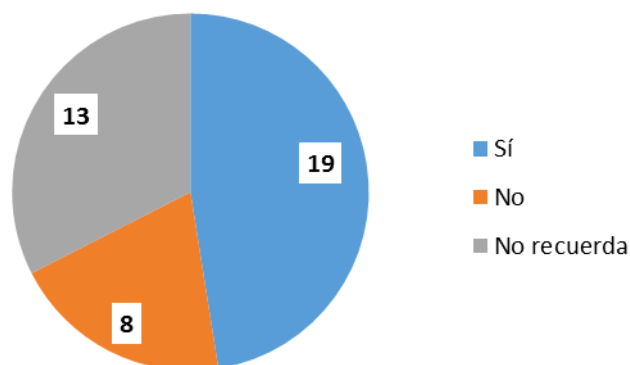
### 2.5.7. Explicación de su derecho a no recibir órdenes sobre el trato sanitario a enfermos y heridos

Al respecto de si recibieron explicación de su derecho a no recibir órdenes relativas al trato sanitario que deben de dispensar a enfermos y heridos, solo un 47.5% dice que sí se lo explicaron. Un 20% afirma que no lo hicieron. Y un 32.5% dice no recordarlo.

Tabla 63: Explicación derecho a no recibir órdenes sobre trato a pacientes

	Frecuencia	Porcentajes
Sí	19	47,5
No	8	20,0
No lo recuerda	13	32,5

**Figura 41:** Recibieron explicación sobre su derecho a no recibir órdenes sobre el trato sanitario a enfermos y heridos



En el estudio de la asociación de las respuestas a esta cuestión con la formación que figura en la tabla 64, no han aparecido relaciones estadísticamente significativas ( $p > .05$ ) con ninguno de los cruces.

Tabla 28: Test Chi-cuadrado. Relación entre variables categóricas. Variables de formación -E-

VARIABLE	CATEGORÍA	SE EXPLICÓ SU DERECHO A NO RECIBIR ÓRDENES SOBRE TRATO SANITARIO A ENFERMOS/HERIDOS			CHI <sup>2</sup>	GL	p
		SI	NO	NO RECUERDA			
Formación básica	3 meses o menos	100% (4)	0% (--)	0% (--)	10.08	6	.121 <sup>NS</sup>
	3 a 6 meses	30.0% (6)	30.0% (6)	40.0% (8)			
	6 meses a 1 año	58.3% (7)	8.3% (1)	33.3% (4)			
	Más de 1 año	50.0% (2)	25.0% (1)	25.0% (1)			
Formación específica en C.G.	1-2 sesiones	50% (4)	25.0% (2)	25.0% (2)	0.32	2	.856 <sup>NS</sup>
	Más de 2 sesiones	46.9% (15)	18.8% (6)	34.4% (11)			

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )



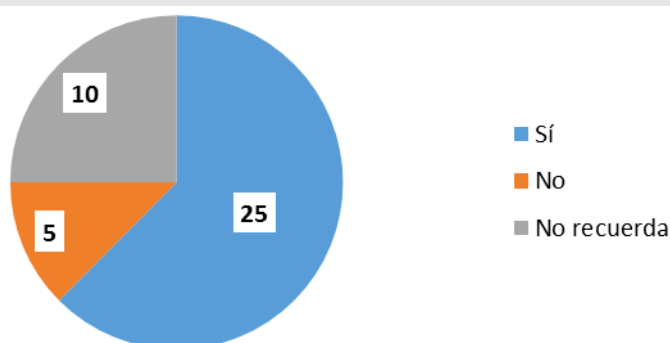
### 2.5.8. Explicación de su obligación de no someter a personas a actos médicos no indicados por su estado de salud

Finalmente, a la última cuestión planteada sobre si les informaron de su obligación a no someter a las personas a actos médicos que no estén indicados para su estado de salud, un 62.5% dijo que sí se les explicó de forma clara. Un 12.5% ha respondido que no y un 25% que no lo recuerda.

Tabla 64: Explicación sobre obligación tratar pacientes con actos médicos indicados

	Frecuencia	Porcentajes
Si	25	62,5
No	4	12,5
No lo recuerda	10	25,0

Figura 42: Recibieron explicación sobre su obligación a no someter a personas a actos médicos que no estén indicados para su estado de salud



Relacionando esta cuestión con la formación (tabla 65), no se han encontrado asociaciones que se puedan considerarse significativas ( $p > 0,05$ ).

Tabla 65: Test Chi-cuadrado. Relación entre variables categóricas. Variables de formación -F-

VARIABLE	CATEGORÍA	SE EXPLICÓ SU OBLIGACIÓN A NO REALIZAR ACTOS NO INDICADOS AL ESTADO DE SALUD			CHI <sup>2</sup>	GL	p
		SI	NO	NO RECUERDA			
Formación básica	3 meses o menos	75.0% (3)	0% (--)	25.0% (1)	7.47	6	.280 <sup>NS</sup>
	3 a 6 meses	60.0% (12)	20.0% (4)	20.0% (4)			
	6 meses a 1 año	50.0% (6)	8.3% (1)	41.7% (5)			
	Más de 1 año	100% (4)	0% (--)	0% (--)			
Formación específica en C.G.	1-2 sesiones	50.0% (4)	25.0% (2)	25.0% (2)	1.31	2	.519 <sup>NS</sup>
	Más de 2 sesiones	65.6% (21)	9.4% (3)	25.0% (8)			

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )

En este segundo bloque nos encontramos con que la formación específica de los militares sanitarios en el campo de los Convenios de Ginebra es buena, aunque algo escasa dado el elevado número de respuestas que no recuerdan el contenido de la formación recibida. En todo caso, también hay que tener en cuenta que la formación básica que reciben estos profesionales es por lo general corta, puesto que la de los militares de carrera es un curso académico, mientras que la de los de complemento no llega a los seis meses.

Por otra parte, las respuestas afirmativas a las cuestiones que se plantean rondan el 80 %, lo cual quiere decir que en materia de asistencia a heridos y enfermos el personal militar sanitario recibe una correcta preparación, si bien tampoco debe olvidarse que el contenido de la materia sobre la que se pregunta en muchos casos se trata desde diferentes ópticas en los currículos académicos oficiales, al estar contemplados directa o indirectamente en la ética general de cualquiera de los grupos facultativos estudiados.

## **2.6. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DEL BLOQUE: GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CONVENCION DE GINEBRA.**

En este apartado se replica el estudio estadístico realizado con el anterior cuestionario, pero obviamente con la muestra que participantes sanitarios. Se ha utilizado la misma estrategia estadística y se emplea idéntica estructura de presentación de resultados.

### **1..1. Descriptiva de las respuestas a las cuestiones planteadas**

En la primera pregunta, relativa al número de los convenios, un 9.4% (5) respondieron que dos, un 11.3% (6) que eran tres y un 30.2% (16) marcaron la respuesta correcta de 4 convenios. Es llamativo que casi la mitad de la muestra, un 49.1% (26) no recuerda cuántos son los Convenios de Ginebra. Por tanto, el 30.2% de aciertos correctos ya citado (16), obviamente no pueden ser

considerados como una mayoría estadísticamente significativa de acertantes con  $p > 0.05$  ( $p = 0.996$ ).

En la tabla 65 se presentan los resultados de las preguntas con las opciones de respuesta si/no/no recuerda ordenadas de mayor a menor índice de acertantes.

Se ha encontrado que superan el 50% de aciertos (significativamente para  $P < 0.01$ ) las respuestas a tres de las preguntas: la de si los convenios tratan sobre la protección de los hospitales (79.2% de acertantes), la relativa a si recogen deberes del personal sanitario cuando hay conflicto (77.4%) y la de si los médicos/as y enfermero/as no tienen distinta protección (67.9%). Así mismo hay una cuarta pregunta en la que se ha encontrado más de un 50% de acertantes, en concreto un 62.3% de acierto a la cuestión de que no son aplicables a todos los conflictos armados; tasa que sería significativa en otra muestra con más sujetos, pero que en esta dado el N total no lo logra. Aún así estadísticamente es casi significativa ( $p < 0.100$ ).

En demás preguntas no se supera el 50% de acertantes a la respuesta correcta. Un 43.4% acierta afirmando que hay más distintivos aparte de la Cruz Roja y la Media Luna Roja; un 39.6% acierta al responder que no todos los convenios son aplicables a todos los conflictos; un 32.1% acierta al responder que no tratan sobre la protección de bienes culturales y por último solamente un 18.9% de encuestados acierta al afirmar que los convenios sí distinguen ente heridos militares y civiles.

También llama la atención, como en la otra muestra, la tasa de participantes que no recuerda lo suficiente de los convenios. como para responder, siendo en algunas de las preguntas de más de un 25% de la muestra.

Tabla 65: Distribución de respuestas a las preguntas sobre conocimientos -A-

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	RESPUESTA			ACERTANTES	TEST DE SIGNIFICACIÓN DE LA MAYORÍA
	SI	NO	NO RECUERDA		
Tratan sobre la protección de los hospitales	79.2% (42)	5.7% (3)	15.1% (8)	79.2 %	.000**
Recogen deberes de personal sanitario cuando hay conflicto	77.4% (41)	3.8% (2)	18.9% (10)	77.4 %	.000**
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	18.9% (10)	67.9% (36)	13.2% (7)	67.9 %	.009**
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	62.3% (33)	15.1% (8)	22.6% (12)	62.3 %	.074 <sup>NS</sup>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	43.4% (23)	28.3% (15)	28.3% (15)	43.4 %	.336 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	20.8% (11)	39.6% (21)	39.6% (21)	39.6 %	.926 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	15.1% (8)	32.1% (17)	52.8% (28)	32.1 %	.991 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	18.9% (10)	54.7% (29)	26.4% (14)	18.9 %	.999 <sup>NS</sup>

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ ) \* = Significativo al 5% ( $p < .05$ ) \*\* = Altamente significativo al 1% ( $p < .01$ )

La tabla 66 contiene el resumen de los resultados de las otras preguntas con formato de elección múltiple con 3 opciones de respuesta, más la de no recuerdo. De nuevo están ordenadas de mayor a menor tasa de acertantes. En dos preguntas se ha observado un nivel de aciertos significativamente ( $p < .01$ ) superior al 50%, es decir que son mayoría: en qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los Convenios de Ginebra (84.9%) y en quién debe proporcionar asistencia sanitaria a los prisioneros (67.9%). También aciertan más de la mitad de los encuestados, pero sin que sean mayoría significativa ( $p > .05$ ) en las cuestiones sobre la protección del personal auxiliar de un hospital (56.5%) y en qué armamento puede llevar el personal sanitario (50.9%). La pregunta sobre la exención de captura solo la acierta el 28.3% de la muestra encuestada.

Tabla 66: Distribución de respuestas a las preguntas sobre conocimientos -B-

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	RESPUESTA				ACERTANTES	TEST DE SIGNIFICACIÓN DE LA MAYORÍA
	A	B	C	No recuerda		
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	3.8% (2)	3.8% (2)	84.9% (45)	7.5% (4)	84.9 %	.002**
Quién debe proporcionar la asistencia sanitaria a los prisioneros	67.9% (36)	1.9% (1)	13.2% (7)	17.0% (9)	67.9 %	.009**
Protección del personal auxiliar de un hospital	11.3% (6)	5.7% (3)	56.6% (30)	26.4% (14)	56.6 %	.336 <sup>NS</sup>
Los sanitarios pueden tener armamento	26.4% (14)	50.9% (27)	13.2% (7)	9.4% (5)	50.9 %	.891 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	30.2% (16)	28.3% (15)	7.5% (4)	34.0% (18)	28.3 %	.999 <sup>NS</sup>

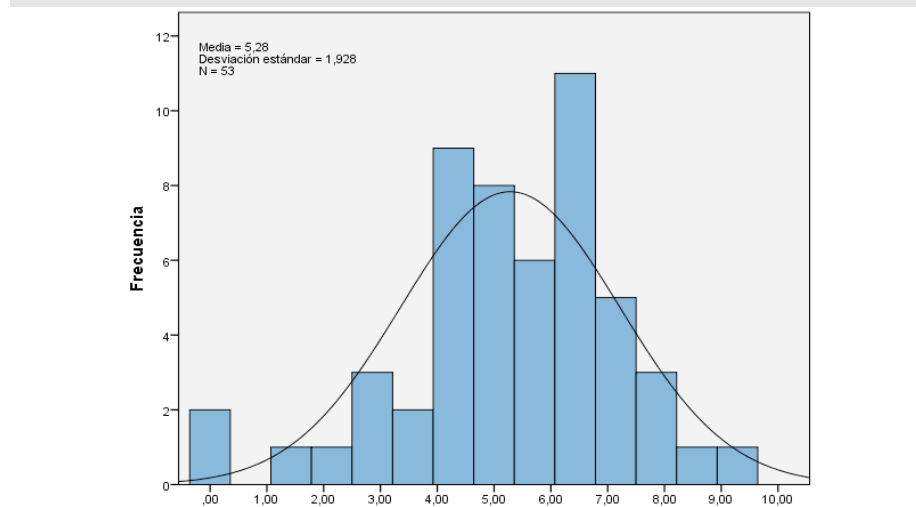
N.S. = NO significativo ( $p > .05$ ) \*\* = Altamente significativo al 1% ( $p < .01$ )

## 1..2. Grado de conocimiento total

Tras el análisis anterior se calculó la variable de resumen que represente el grado de conocimiento total sobre los convenios. Se asignó 1 punto por acierto a cada una de las 14 preguntas anteriormente descritas y se hizo la conversación a la escala clásica de las notas escolares españolas: de 0 a 10 puntos. Esta nota también se ha representado en una la misma escala ordinal de calificación con tres niveles utilizada en el cuestionario anterior.

La distribución de las notas del conocimiento total [0-10] alcanza en este grupo una media de 5.28 puntos con desviación estándar de  $\pm 1.97$ , dentro del rango observado de 0.00 a 9.29 con mediana de 5.71 puntos. La forma de la distribución (figura 43) tiende hacia la normal, siendo los índices de asimetría y apuntamiento cercanos a los de la normalidad ( $As=-0.68$  y  $K=-0.87$ ). Esta tendencia viene confirmada por el test de bondad de ajuste de KS que nos permite admitir que el desvío que se puede observar no es significativo ( $p>0,05$ ).

**Figura 43:** Puntuación [0-10] en Grado de conocimiento total sobre la C.G.

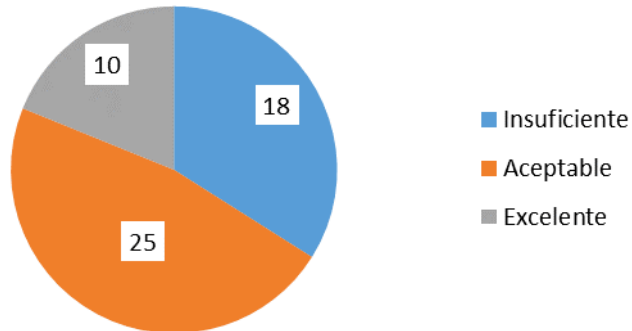


La calificación asignada a los sujetos en función de su nota, nos indica que: un 34% de los encuestados tiene un nivel insuficiente, en tanto que el 47.2% lo tiene aceptable y un 18.9% alcanza el grado de excelente (tabla 67 y figura 44).

Tabla 67: Grado total de conocimiento

	Frecuencia	Porcentajes
Excelente	10	18,9
Aceptable	25	47,2
Insuficiente	18	34,0

Figura 44: Grado de conocimiento total de los Convenios de Ginebra



A continuación se afronta el estudio bivariante de estas dos variables con las mismas técnicas estadísticas ya utilizadas con anterioridad.

### 1..3. Diferencias en función del sexo

En la tabla 68 se presentan los resultados de los contrastes de la tasa de acertantes a cada ítem en función del género de los encuestados. Como se puede observar en ella, en muchas de las preguntas las diferencias son mínimas entre hombres y mujeres. Y aunque en otras sí que hay una cierta diferencia, en ninguno de los casos se alcanza la significación estadística ( $P > 0,05$ ) ni se acerca a ella.

Tabla 68: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función del género.

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	TOTAL DE ACERTANTES	HOMBRE N=41	MUJER N=12	CHI <sup>2</sup>	GL	p
Cuántos son los C.G.	30.2%	31.7% (13)	25.0% (3)	0.01	1	.930 <sup>NS</sup>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	62.3%	68.3% (28)	41.7% (5)	1.78	1	.182 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	18.9%	19.5% (8)	16.7% (2)	0.00	1	.999 <sup>NS</sup>
Recogen deberes del personal sanitario si hay conflicto	77.4%	80.5% (33)	66.7% (8)	0.38	1	.539 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	39.6%	39.0% (16)	41.7% (5)	0.00	1	.999 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	32.1%	31.7% (13)	33.3% (4)	0.00	1	.999 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	79.2%	78.0% (32)	83.3% (10)	0.00	1	.999 <sup>NS</sup>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	43.4%	39.0% (16)	58.3% (7)	0.73	1	.392 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	28.3%	29.3% (12)	25.0% (3)	0.00	1	.999 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	67.9%	73.2% (30)	50.0% (6)	1.35	1	.246 <sup>NS</sup>
Protección del personal auxiliar de un hospital	56.6%	51.2% (21)	75.0% (9)	1.28	1	.258 <sup>NS</sup>
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	67.9%	70.7% (29)	58.3% (7)	0.21	1	.647 <sup>NS</sup>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	84.9%	85.4% (35)	83.3% (10)	0.00	1	.999 <sup>NS</sup>
Los sanitarios pueden tener armamento	50.9%	56.1% (23)	33.3% (4)	1.12	1	.290 <sup>NS</sup>

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )

Los resultados anteriores hacen lógico que al contrastar tanto la nota media total como el grado de calificación de estos sujetos en función de su género, tampoco se hayan encontrado diferencias que se puedan considerar como significativas ( $p > 0,05$ ).

Tabla 69: *Test de Student y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función del género.

VARIABLE	HOMBRE N=41		MUJER N=12		TEST DE CONTRASTE		
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	VALOR	GL	P
Nota [ 0 – 10 ]	5.38	1.93	4.94	1.96	t= 0.70	51	.489 <sup>NS</sup>
	% (frec)		% (frec)				
Calificación	Insuficiente	31.7% (13)	41.7% (5)		Chi <sup>2</sup> =0.40	2	.818 <sup>NS</sup>
	Aceptable	48.8% (20)	41.7% (5)				
	Excelente	19.5% (8)	16.7% (2)				

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )

#### 1.1.4. Diferencias en función de la edad

Para este estudio, se ha utilizado los mismos puntos de corte de la edad que en el análisis del otro cuestionario para que esto facilite la comparación entre uno y otro.

En la comparación de acertantes a cada una de las preguntas (tabla 70) se han encontrado significaciones ( $p < .05$ ) en tres de ellas; en: cuántos son los Convenios de Ginebra y en que todos no son aplicables a todos los conflictos, debido a que la tasa de acertantes es superior entre los encuestados más jóvenes (menores a 30 años). En la tercera variable: la protección de bienes culturales, por el contrario son estos jóvenes los que menos aciertan en comparación con el resto de edades. A las anteriores se le puede añadir una pregunta donde la asociación es casi significativa ( $p < 0,100$ ): la protección de los hospitales en la que parece ser que el grado de acierto va descendiendo a medida que aumenta la edad de los participantes. En el resto de las preguntas no aparecen diferencias entre los grupos de edad que se puedan considerar como significativos ( $p > 0,05$ ).

Tabla 70: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función de la edad.

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	<30 AÑOS N=7	30-40 AÑOS N=10	>40 AÑOS N=36	CHI <sup>2</sup>	GL	P
Cuántos son los C.G.	<b>71.4% (5)</b>	20.0% (2)	25.0% (9)	6.05	2	<b>.049 *</b>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	85.7% (6)	40.0% (4)	63.9% (23)	3.96	2	.138 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	28.6% (2)	30.0% (3)	13.9% (5)	1.73	2	.421 <sup>NS</sup>
Recogen deberes del personal sanitario si hay conflicto	85.7% (6)	70.0% (7)	77.8% (28)	0.60	2	.740 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	<b>85.7% (6)</b>	40.0% (4)	30.6% (11)	7.66	2	<b>.022 *</b>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	0% (--)	<b>30.0% (3)</b>	<b>38.9% (14)</b>	6.18	2	<b>.046 *</b>
Tratan sobre la protección de los hospitales	100% (7)	90.0% (9)	72.2% (26)	5.09	2	.078 <sup>NS</sup>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	42.9% (3)	50.0% (5)	41.7% (15)	0.22	2	.895 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	14.3% (1)	30.0% (3)	30.6% (11)	0.88	2	.645 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	71.4% (5)	60.0% (6)	69.4% (25)	0.36	2	.837 <sup>NS</sup>
Protección del personal auxiliar de un hospital	71.4% (5)	80.0% (8)	47.2% (17)	4.37	2	.113 <sup>NS</sup>
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	42.9% (3)	80.0% (8)	69.4% (25)	2.62	2	.269 <sup>NS</sup>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	100% (7)	80.0% (8)	83.3% (30)	2.53	2	.282 <sup>NS</sup>
Los sanitarios pueden tener armamento	71.4% (5)	60.0% (6)	44.4% (16)	2.16	2	.340 <sup>NS</sup>

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )    \* = Significativo al 5% ( $p < .05$ )

Al contrastar en la tabla 71 la posible diferencia entre las medias de las puntuaciones del conocimiento global, no se han encontrado diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) como tampoco aparecen en el estudio de la asociación con los grados de calificación ( $p > 0,05$ ).



Tabla 71: *Test Anova y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función de la edad.

VARIABLE	<30 AÑOS N=64		30-40 AÑOS N=69		>40 AÑOS N=31		TEST DE CONTRASTE		
	Media	D.E.	Media	D.E.	Media	D.E.	VALOR	GL	p
	<b>Nota [ 0 – 10 ]</b>	6.22	2.05	5.43	1.40	5.06	2.02	F= 1.10	2,50
	% (frec)		% (frec)		% (frec)				
<b>Calificación</b>	Insuficiente	14.3% (1)	30.0% (3)		38.9% (14)		Chi <sup>2</sup> =1.93	4	.748 <sup>NS</sup>
	Aceptable	57.1% (4)	50.0% (5)		44.4% (16)				
	Excelente	28.6% (2)	20.0% (2)		16.7% (6)				

N.S. = NO significativo (p&gt;.05)

### 1.5. Diferencias en función de los años de servicio

Lo comentado en el apartado anterior es completamente válido para este punto, puesto que la correlación entre edad y años de servicio es extremadamente elevada (0,960 en escala 0-1). De manera que la ausencia de significación recién probada, se encontrará también en el caso del tiempo de servicio.

### 1.6. Diferencias en función de la especialidad fundamental

Para el estudio de la asociación entre el índice de acierto a las preguntas de la parte de conocimientos y la especialidad fundamental, el reducido número de participantes de Farmacia (3) nos impide, por regla estadística, considerarlos como una categoría separada de las demás. Antes esta situación, o se prescinde de ellos y se pierde su información, o se añaden al grupo de otros que también tiene un número de casos bajo (5). Finalmente se opta por esta última posibilidad manteniendo por tanto 3 niveles: Medicina /Enfermería /Otros, donde se incluye a Farmacia. Los resultados se resumen en la tabla 72 que sigue.

En general no existen diferencias entre las especialidades que tengan significación estadística con  $p > 0,05$ , aunque algunas variables en las que se aprecian pequeñas diferencias. Así, en la pregunta sobre quién debe proporcionar asistencia sanitaria a los prisioneros, se observa claramente una menor tasa de aciertos en los sujetos de farmacia y de otras especialidades con

respecto a médicos/as y enfermero/as, pero sin llegar a la significación seguramente debido al reducido número de casos. En la variable de la pregunta sobre si los médicos/as u enfermeros/as tienen distinta protección, se aprecia una casi significación ( $p < 0,100$ ) según la cual podría ser que los médicos tengan menor acierto que los enfermeros y ambos menor que el grupo de otros que incluye a farmacéuticos. Y solamente se ha logrado probar la significación estadística ( $p < 0,05$ ) en la variable de la cuestión planteada sobre si todos los C.G. son aplicables a todos los conflictos armados, donde ahora por el contrario son los médicos quienes tiene mayor acierto que los enfermero y ambos mayor que el resto de casos.

Las diferencias por tanto no se consideran significativas, con lo que puede concluirse en que el nivel de conocimientos es similar.

Tabla 72: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función de la especialidad fundamental.

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	MEDICINA N=20	ENFERMERIA N=1025	OTROS N=8	CHI <sup>2</sup>	GL	p
Cuántos son los C.G.	45.0% (9)	20.0% (5)	25.0% (2)	3.42	2	.181 <sup>NS</sup>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	55.0% (11)	68.0% (17)	62.5% (5)	0.80	2	.671 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	25.0% (5)	12.0% (3)	25.0% (2)	1.50	2	.473 <sup>NS</sup>
Recogen deberes del personal sanitario si hay conflicto	90.0% (18)	68.0% (17)	75.0% (6)	3.36	2	.187 <sup>NS</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	<b>60.0% (12)</b>	32.0% (8)	12.5% (1)	6.88	2	<b>.032 *</b>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	25.0% (5)	36.0% (9)	37.5% (3)	0.74	2	.689 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	90.0% (18)	76.0% (19)	62.5% (5)	2.99	2	.224 <sup>NS</sup>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	45.0% (9)	40.0% (10)	50.0% (4)	0.28	2	.869 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	25.0% (5)	32.0% (8)	25.0% (2)	0.32	2	.853 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	75.0% (15)	72.0% (18)	37.5% (3)	4.05	2	.132 <sup>NS</sup>
Protección del personal auxiliar de un hospital	65.0% (13)	56.0% (14)	37.5% (3)	1.77	2	.413 <sup>NS</sup>
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	50.0% (10)	76.0% (19)	87.5% (7)	5.10	2	.078 <sup>NS</sup>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	90.0% (18)	84.0% (21)	75.0% (6)	1.00	2	.608 <sup>NS</sup>
Los sanitarios pueden tener armamento	55.0% (11)	44.0% (11)	62.5% (5)	1.05	2	.592 <sup>NS</sup>

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ ) \* = Significativo al 5% ( $p < .05$ )

En correspondencia con los resultados anteriores, al comparar las notas medias entre las especialidades no se aprecia significación estadística a pesar de que hay leves diferencias entre ellas ( $p > 0,05$ ), como tampoco se obtiene significación cuando se analiza la variable de calificaciones (tabla 73) aunque la

tasa de insuficientes seas más elevada en los casos de farmacia y otras especialidades.

Tabla 73: *Test Anova y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función de la especialidad fundamental.

VARIABLE	MEDICINA N=20		ENFERMERIA N=1025		OTROS N=8		TEST DE CONTRASTE		
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	VALOR	GL	p
<b>Nota [ 0 – 10 ]</b>	5.68	1.66	5.11	1.89	4.82	2.67	F= 0.74	2;50	.483 <sup>NS</sup>
	% (frec)		% (frec)		% (frec)				
<b>Calificación</b>	Insuficiente	30.0% (6)	32.0% (8)		50.0% (4)		Chi <sup>2</sup> =5.84	4	.211 <sup>NS</sup>
	Aceptable	50.0% (10)	56.0% (14)		12.5% (1)				
	Excelente	20.0% (4)	12.0 (3)		37.5% (3)				

N.S. = NO significativo (p>.05)

### 1..7. Diferencias en función del tiempo de formación

Para el cruce de las variables de conocimientos con el tiempo de formación básica, se ha decidido agrupar el factor explicativo en función de punto de corte de los 6 meses que equilibra bastante bien el tamaño de los grupos, puesto que los extremos tenían muy pocos casos. De esta manera se compararán a los participantes según tengan más o menos de 6 meses de formación básica. Los resultados se resumen en la tabla 74.

Se han encontrado diferencias que son estadísticamente significativas (P<0,05) en dos de las variables, las preguntas sobre si recogen los deberes del personal sanitario en caso de conflicto y sobre la protección de los hospitales, siendo en ambas superior el porcentaje de acertantes del grupo de sujetos que menos formación básica tienen (inferior a 6 meses). También se podría hablar de una casi significación (p<0,100) en la cuestión sobre el número de Convenios de Ginebra y en la si se distingue entre heridos y enfermos militares y civiles, donde de nuevo el índice de acierto es superior en los participantes con menos tiempo de formación básica. En muchas de las demás preguntas se mantiene este mismo sentido de las diferencias aunque no se alcanza significación estadística (p>0,05).

Tabla 74: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función de la formación básica.

Contenido de la pregunta	< 6 MESES n=29	> 6 MESES n=24	Chi <sup>2</sup>	gl	p
Cuántos son los C.G.	41.4% (12)	16.7% (4)	3.80	1	.051 <sup>NS</sup>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	72.4% (21)	50.0% (12)	1.94	1	.164 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	27.6% (8)	8.3% (2)	3.18	1	.075 <sup>NS</sup>
Recogen deberes del personal sanitario si hay conflicto	89.7% (26)	62.5% (15)	5.53	1	.019 <sup>*</sup>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	44.8% (13)	33.3% (8)	0.72	1	.394 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	24.1% (7)	41.7% (10)	1.85	1	.174 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	89.7% (26)	66.7% (16)	4.22	1	.040 <sup>*</sup>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	48.3% (14)	37.5% (9)	0.62	1	.431 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	24.1% (7)	33.3% (8)	0.55	1	.459 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	72.4% (21)	62.5% (15)	0.59	1	.441 <sup>NS</sup>
Protección del personal auxiliar de un hospital	55.2% (16)	58.3% (14)	0.05	1	.817 <sup>NS</sup>
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	69.0% (20)	66.7% (16)	0.03	1	.858 <sup>NS</sup>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	93.1% (27)	75.0% (18)	2.09	1	.148 <sup>NS</sup>
Los sanitarios pueden tener armamento	55.2% (16)	45.8% (11)	0.46	1	.498 <sup>NS</sup>

N.S. = NO significativo (p>.05)    \* = Significativo al 5% (p<.05)

La tendencia general anteriormente comentada, produce que en la acumulación de aciertos que da lugar a la nota total en conocimientos, la media de los participantes con menos tiempo de formación sea superior a la media de los que tienen más tiempo de formación, siendo esta diferencia significativa (p<0,05). Algo que aún se acentúa en el contraste de los grados de calificación, puesto que se aprecia bastante más casos de nivel insuficiente en el grupo de >6 meses de formación, en tanto que al contrario hay más casos de nivel aceptable entre los que tienen <6 meses de formación, asociación que es altamente significativa (p<0,01).

Tabla 75: *Test de Student y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función de la formación básica.

VARIABLE	< 6 MESES N=29		> 6 MESES N=24		TEST DE CONTRASTE		
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	VALOR	GL	p
<b>Nota [ 0 – 10 ]</b>	<b>5.76</b>	1.56	4.70	2.19	t= 2.06	51	<b>.045 *</b>
	% (frec)		% (frec)				
<b>Calificación</b>	Insuficiente	17.2% (5)	<b>54.2%</b> (13)		Chi <sup>2</sup> =9.93	2	<b>.007**</b>
	Aceptable	<b>65.5%</b> (19)	25.0% (6)				
	Excelente	17.2% (5)	20.8% (5)				

\* = Significativo al 5% (p<.05)    \*\* = Altamente significativo al 1% (p<.01)

### 1..8. Diferencias en función del tiempo de formación específica sobre Convenios de Ginebra.

En estos cruces nos queda otra opción que prescindir de aquellos casos que responden que no recuerdan si tuvieron formación específica sobre los convenios, puesto que no se les puede asignar a un grupo concreto de formación. Tras lo cual, el número de casos restante se reduce y las dificultades para encontrar significación serán mayores aún.

La tabla 76 presenta los resultados obtenidos. Solamente aparecen dos variables con significación estadística ( $P < 0,05$ ). Son las relativas a las preguntas de si los Convenios de Ginebra recogen los deberes del personal sanitario en caso de conflicto armado, en la que los sujetos con ninguna sesión de formación específica tienen menor grado de acierto; y la que pregunta sobre si los médicos/as y enfermeros/as tienen distinta protección, en la que son los casos con 1-2 sesiones quienes tienen mayor grado de acierto. Además, hay otras 4 preguntas donde las diferencias son casi significativas ( $P < 0,100$ ), que seguramente habrían llegado a la significación en una muestra más grande; pero en ellas no se encuentra una línea de tendencia común a todas ellas.

Tabla 76: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función del tiempo de formación específica en C.G.

CONTENIDO DE LA PREGUNTA	NINGUNA N=6	1-2 SESIONES N=8	>2 SESIONES N=32	CHI <sup>2</sup>	GL	p
Cuántos son los C.G.	0% (--)	50.0% (4)	34.4% (11)	5.81	2	.055 <sup>NS</sup>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	66.7% (4)	62.5% (5)	65.6% (21)	0.03	2	.983 <sup>NS</sup>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	0% (--)	37.5% (3)	18.8% (6)	4.01	2	.135 <sup>NS</sup>
Recogen deberes del personal sanitario si hay conflicto	50.0% (3)	<b>100% (8)</b>	<b>87.5% (28)</b>	6.80	2	<b>.033 *</b>
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	33.3% (2)	37.5% (3)	40.6% (13)	0.12	2	.939 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	33.3% (2)	50.0% (4)	28.1% (9)	1.33	2	.513 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	66.7% (4)	75.0% (6)	84.4% (27)	1.10	2	.576 <sup>NS</sup>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	33.3% (2)	75.0% (6)	31.3% (10)	5.19	2	.075 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	66.7% (4)	12.5% (1)	31.3% (10)	4.67	2	.097 <sup>NS</sup>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	66.7% (4)	37.5% (3)	81.3% (26)	5.67	2	.059 <sup>NS</sup>
Protección del personal auxiliar de un hospital	16.7% (1)	50.0% (4)	56.3% (18)	3.41	2	.182 <sup>NS</sup>
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	50.0% (3)	<b>100% (8)</b>	56.3% (18)	8.42	2	<b>.015 *</b>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	83.3% (5)	100% (8)	81.3% (26)	2.94	2	.230 <sup>NS</sup>
Los sanitarios pueden tener armamento	50.0% (3)	50.0% (4)	56.3% (18)	0.15	2	.926 <sup>NS</sup>

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ ) \* = Significativo al 5% ( $p < .05$ )

Al comparar en la tabla 77 los valores medios y aunque la media de los sujetos con que no tuvieron ninguna formación específica es notablemente menor que las otras dos, las diferencias no llegan a la significación estadística ( $p > .05$ ). Tampoco se detecta significación en el contraste de los grados de calificación aunque de nuevo son los sujetos sin formación específica en los que más insuficientes se observan ( $p > 0,05$ ).

Tabla 77: *Test Anova y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado Conocimiento total de los C.G. en función del tiempo de formación específica en C.G.

VARIABLE	NINGUNA N=6		1-2 SESIONES N=8		>2 SESIONES N=32		TEST DE CONTRASTE		
	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	MEDIA	D.E.	VALOR	GL	p
<b>Nota</b> [ 0 – 10 ]	4.40	2.53	5.98	1.43	5.38	2.00	F= 108	2;43	.348 <sup>NS</sup>
	% (frec)		% (frec)		% (frec)				
<b>Calificación</b>	Insuficiente	50.0% (3)	12.5% (1)		31.3% (10)		Chi <sup>2</sup> =3.03	4	.553 <sup>NS</sup>
	Aceptable	33.3% (2)	50.0% (4)		50.0% (16)				
	Excelente	16.7% (1)	37.5% (3)		18.8% (6)				

N.S. = NO significativo ( $p > .05$ )

Para terminar con este apartado, hay que comentar que el contraste de las preguntas en función de la nacionalidad no puede ser realizado por impedimento estadístico, ya que cerca del 90% de los participantes de esta muestra son españoles.

Del bloque de grado de conocimientos se colige que el conocimiento que los militares sanitarios es manifiestamente mejorable. El hecho de que muchos de ellos desconozcan incluso en número de los convenios es desde luego preocupante.

En cuanto a las cuestiones relativas al trato a pacientes, están mejor comprendidas y asumidas, pero lógicamente ello tiene mucho que ver con la propia ética profesional. Y precisamente donde se aprecia un menor grado de conocimiento es en lo relativo al estatuto del personal sanitario, que no es ni mucho menos un privilegio sino un medio para el mejor cumplimiento de su misión en todo conflicto armado. Ese desconocimiento –o conocimiento parcial—puede

redundar en la calidad del servicio y por eso mantenemos que debe mejorarse a través de la formación continua que –insistimos-- tanta importancia tiene en el trabajo de los militares en tiempo de paz.

### **3.3 ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DEL BLOQUE: EXPERIENCIA EN CAMPAÑA Y OPERACIONES INTERNAS E INTERNACIONALES**

La última parte del análisis de este cuestionario respondido por la muestra de militares sanitarios, corresponde a las cuestiones del bloque relativo a la experiencia de los encuestados.

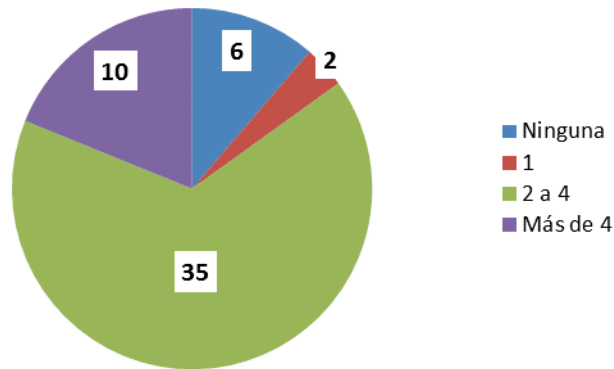
A continuación se procede a su estudio estadístico con la misma metodología empleada en el cuestionario anterior.

#### **1.1.1. Número de operaciones en las que ha participado**

Se ha observado que la mayor parte de los encuestados, un 35; 66%, ha participado en entre 2 y 4 campañas u operaciones. Además un 18.9% lo ha hecho en más de cuatro. Solamente un 3,8 % lo ha hecho solo en una y el restante 11.3% en ninguna.

Tabla 78: Número de operaciones

	Frecuencia	Porcentajes
Ninguna	6	11,3
Una	2	3,80
Entre 2 y 4	35	35,6
Más de 4	10	18,9

**Figura 45:** Número de operaciones en los que ha participado

Como se hizo en el análisis del cuestionario anterior, se han cruzado estas respuestas con los factores de los que se dispone en este caso. Los resultados se resumen en la tabla 79 que sigue.

No se han encontrado asociaciones que indiquen diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) ni por razón de género, ni entre especialidades. Sí que existe y es altamente significativa ( $p < 0,001$ ) en función de la edad.

Se ha observado que entre los menores de 30 años, la mayor parte no ha participado en ninguna campaña/operación, los del 30-40 años ya lo han hecho en de 2 a 4, y los mayores de 40 años, en más cuatro; es decir que se deduce una relación de a mayor edad, más participación.

Tabla 79: *Test Chi-cuadrado*. Comparación del número de operaciones en las que ha intervenido en función de factores personales y demográficos.

Factor	Número de operaciones/campañas				Chi <sup>2</sup>	gl	p	
	Ninguna (6)	Una (2)	2 a 4 (35)	Más de 4 (10)				
SEXO	Hombre	9.8% (4)	4.9% (2)	63.4% (26)	22.0% (9)	2.66	3	.488 <sup>NS</sup>
	Mujer	16.7% (2)	0% (--)	75.0% (9)	8.3% (1)			
EDAD	< 30 años	71.4% (5)	0% (--)	28.6% (2)	0% (--)	30.13	6	.000**
	30-40 años	10% (1)	0% (--)	90.0% (9)	0% (--)			
	> 40 años	0% (--)	5.6% (2)	66.7% (24)	27.8% (10)			
ESPEC. FUNDAM.	Medicina	20.0% (4)	0% (--)	60.0% (12)	20.0% (4)	6.12	6	.410 <sup>NS</sup>
	Enfermería	4.0% (1)	8.0% (2)	68.0% (17)	20.0% (5)			
	Farmacia + otras	12.5% (1)	0% (--)	75.0% (6)	12.5% (1)			

\*= Significativo al 5% ( $P < .05$ )    \*\*= Altamente significativo al 1% ( $p < .01$ )



A continuación, se procede a realizar una descriptiva simple del resto de las preguntas de esta sección. En algunas de ellas se han detectado 1 ó 2 sujetos que no han respondido, por ellos se indican el n de respuesta en cada gráfico.

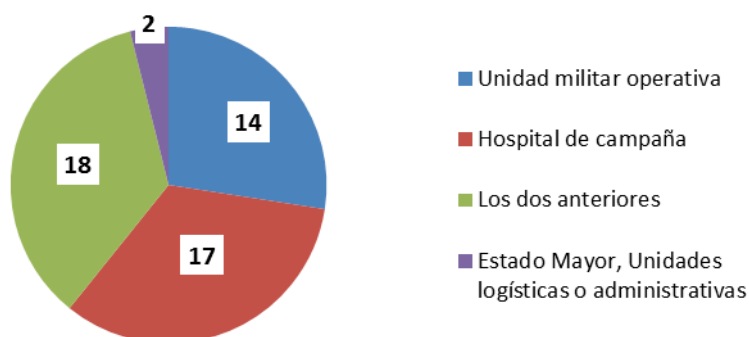
### 1..2. Destino en las operaciones

Al respecto del destino, excepto la opción del Estado Mayor, que solo ha sido respondida por 2 participantes, el resto de opciones están muy repartidas: 14 en Unidad militar operativa, 17 en hospital de campaña y los 18 restantes en las dos anteriores.

Tabla 80: Destino en las operaciones

	Frecuencia	Porcentajes
Estado Mayor	2	3,9
Unidad militar operativa	14	27,5
Hospital de campaña	17	33,3
Las dos anteriores	18	35,3

Figura 46: Destino de las campañas/operaciones en la que intervino (N=51)



### 1..3. En las jornadas de ambientación previas a las operaciones, hubo alguna teórica sobre los Convenios de Ginebra

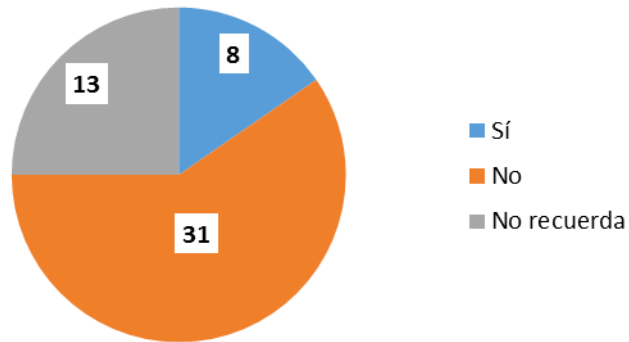
La mayoría de los encuestados, un 59.6% refiere que no recibió ninguna sesión teórica sobre los Convenios de Ginebra previa a su viaje,

frente al 15.4% que sí reconocen que la tuvo. Un 25% manifiesta no recordarlo.

Tabla 81: Teóricas en jornadas previas

	Frecuencia	Porcentajes
Si	8	15,4
No	31	59,6
No lo recuerda	13	25,0

Figura 47: Existencia de teóricas sobre los convenios previas a la operación (N=52)

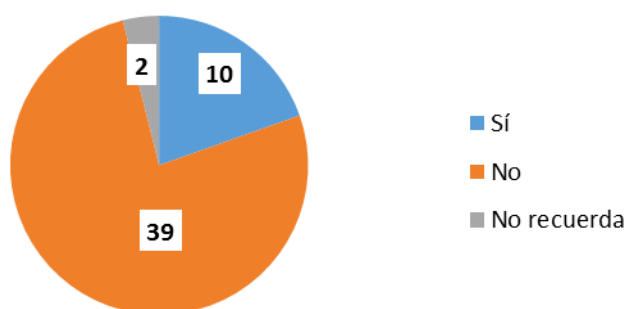


#### 1..4. Revisión de las normas de los C.G. antes de emprender el viaje

Sobre la cuestión de si repasó, releyó o reflexionó algún material sobre los Convenios de Ginebra, una gran mayoría, el 76.5%; respondió que no lo hizo. Solamente un 19.6% responde afirmativamente, mientras que el 3.9% no lo recuerda.

Tabla 81: Revisión de normas antes de partida

	Frecuencia	Porcentajes
Si	10	19,6
No	39	76,5
No lo recuerda	2	3,9

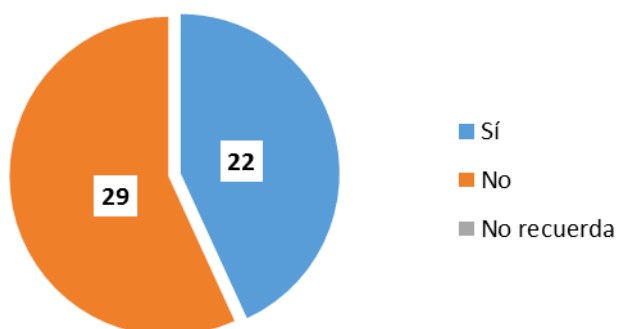
**Figura 48:** Revisar/repasar/releer las normas de los C.G. antes de viajar (N=51)

### 1.5. Ha tratado profesionalmente con algún prisionero o detenido

Poco más de la mitad de la muestra indica que no ha tenido ocasión de tratar con prisioneros o detenidos (un 56.9%). En tanto que el restante 43.1% sí lo ha hecho. Significativo es que todos recuerden algo tan importante.

Tabla 82: Examen de prisioneros o detenidos

	Frecuencia	Porcentajes
Si	22	43,1
No	29	56,9
No lo recuerda	0	0

**Figura 49:** Ha tenido ocasión de tratar profesionalmente a algún prisionero o detenido (N=51)

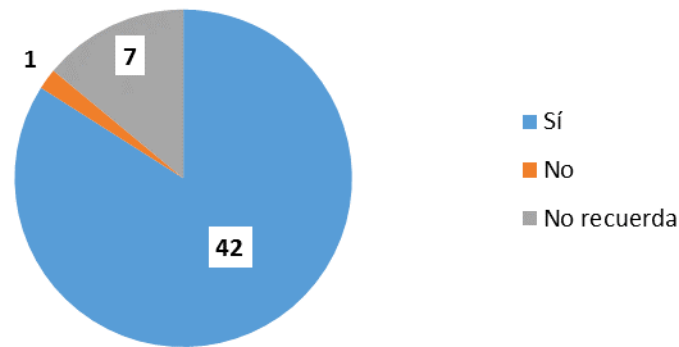
### 1..6. Opinión sobre si prisioneros o detenidos recibían asistencia sanitaria correcta

La mayor parte de los participantes, un 84% opina que sí que los prisioneros o detenidos eran correctamente atendidos en cuestiones sanitarias. Solamente el 2% dice que no y el restante 14% responde que no lo recuerda.

Tabla 83: Atención correcta a prisioneros o detenidos

	Frecuencia	Porcentajes
Si	42	84,0
No	1	2,0
No lo recuerda	7	14,0

Figura 50: Opina que los prisioneros o detenidos, recibían asistencia sanitaria correcta (N=50)



### 1..7. En su unidad existía protocolo de trato sanitario a prisioneros o detenidos

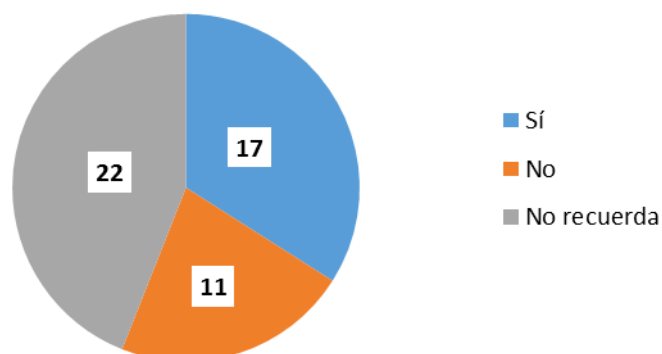
Aproximadamente un tercio de los encuestados afirmó que sí había protocolo de trato facultativo a prisioneros o enfermos.

Por el contrario un 22% responde que no lo había y un notable 44% no lo recuerda.

Tabla 84: Protocolo asistencia sanitaria a prisioneros o detenidos

	Frecuencia	Porcentajes
Si	17	34,0
No	11	22,0
No lo recuerda	22	44,0

Figura 51: Existía un protocolo de asistencia sanitaria a prisioneros en su unidad (N=50)



### 1..8. Recibió orden sobre la forma de reconocer/tratar a prisioneros o civiles

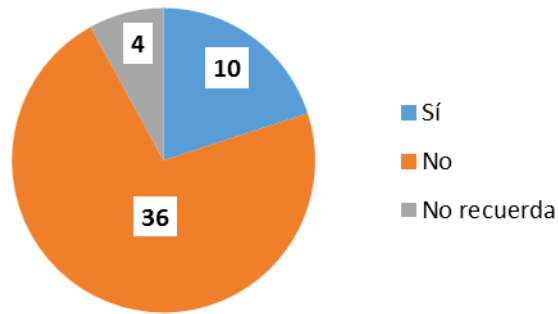
Al respecto de si recibió órdenes sobre la forma de reconocer o de tratar a prisionero o civiles, un 72% afirma que no, frente al 20% que dice que sí las has recibido.

Solamente un 8% dice que no lo recuerda.

Tabla 84: Órdenes sobre trato a prisioneros o detenidos

	Frecuencia	Porcentajes
Si	10	20,0
No	36	72,0
No lo recuerda	4	8,0

**Figura 52:** Recibió órdenes sobre forma de reconocer/tratar a prisioneros o civiles (N=50)



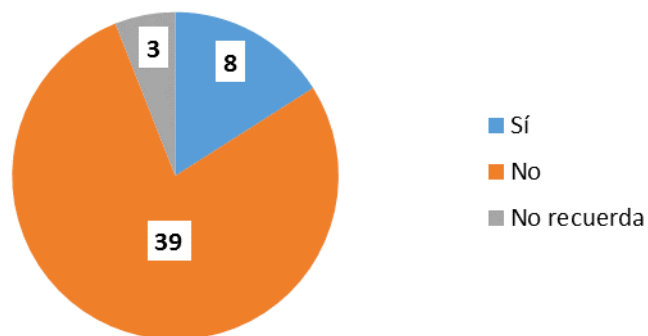
### 1..9. Recibió orden sobre la forma de tratar medicamento a civiles

Y en cuanto a la forma de tratar medicamento a los civiles, un 78% ha respondido que no ha recibido orden alguna al respecto, frente al 16% que dice que sí las han recibido. Solo 3 casos no lo recuerdan.

**Tabla 85:** Órdenes sobre trato médico a prisioneros o detenidos

	Frecuencia	Porcentajes
Si	8	16,0
No	39	78,0
No lo recuerda	3	6,0

**Figura 53:** Recibir órdenes sobre el trato médico a civiles (N=50)



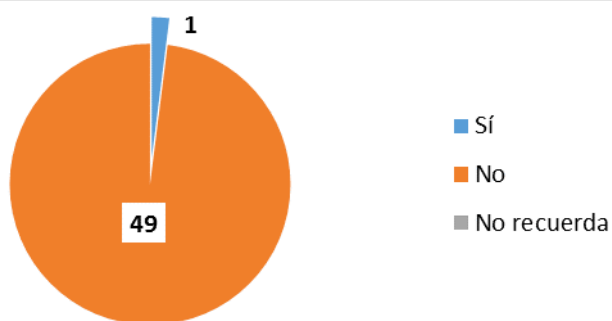
### 1..10. Recibió orden sobre prioridad de asistencia sanitaria por razón de jerarquía

La casi totalidad de la muestra, el 98%, responde que no ha recibido ninguna orden al respecto de la prioridad de asistencia sanitaria por razón de jerarquía militar. Solamente 1 persona dice que sí.

Tabla 86: Órdenes sobre asistencia sanitaria por jerarquía

	Frecuencia	Porcentajes
Si	1	2,0
No	49	98,0
No lo recuerda	0	0

Figura 54: Recibir órdenes sobre prioridad de atención sanitaria por razón de jerarquía militar (N=50)

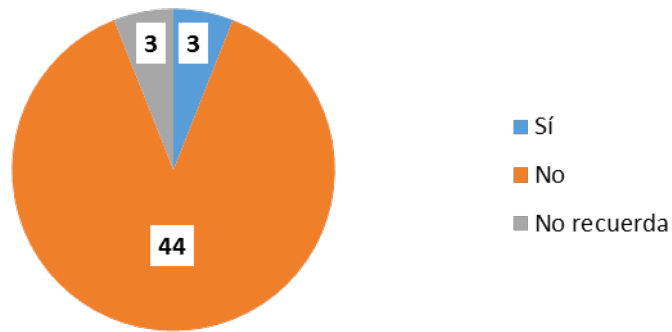


### 1..11. En hospitales había diferencia de trato a los civiles

Un 88% de esta muestra informa que no había trato diferente a los civiles con respecto a los militares, en los hospitales. Por el contrario un 6% dice que sí lo había y otro tanto que no lo recuerda.

Tabla 87: Diferencia de trato a civiles en hospitales

	Frecuencia	Porcentajes
Si	3	6,0
No	44	88,0
No lo recuerda	3	6,0

**Figura 55:** Diferencia de trato a los civiles en los hospitales (N=50)

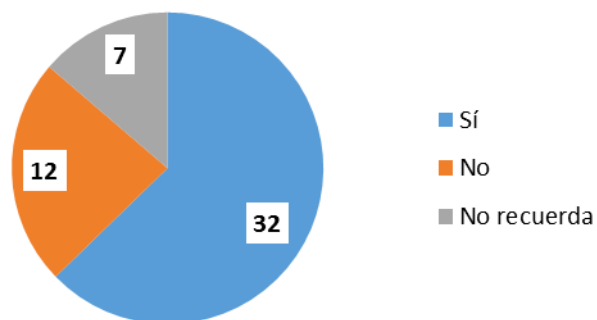
### 1..12. Alojamiento en hospital para civiles y militares

Sobre si los alojamientos eran los mismos para civiles y militares, un 62.7% responde que sí lo eran frente al 23.5% que respondió que no. Un 13.2% restante dice no recordarlo (fig. 56).

Y de entre los 12 que dijeron que eran distintos, 8 dijeron que tenían la misma calidad 3 que no la tenían y 1 que no lo recuerda.

**Tabla 88:** Alojamiento en hospital para civiles y militares

	Frecuencia	Porcentajes
Si	32	62,7
No	12	23,5
No lo recuerda	7	13,5

**Figura 56:** Mismos alojamientos para civiles y militares (N=51)



### 1..13. Comidas idénticas

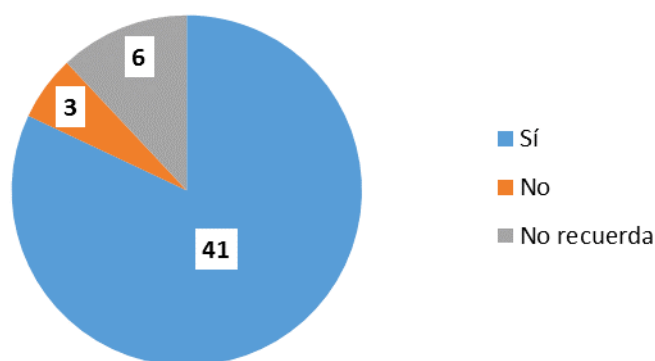
Y para terminar, a la cuestión de las comidas, un 82% afirma que eran idénticas frente al 6% que dice que no lo eran. Además hay un 12% que no lo recuerda.

De entre los 3 que respondió que no eran idénticas: 1 afirma que la calidad era la misma y los otros 2 responden que no lo recuerdan

Tabla 89: Mismas comidas en hospital para civiles y militares

	Frecuencia	Porcentajes
Si	41	82,0
No	3	6,0
No lo recuerda	6	12,0

Figura 57: Comidas idénticas para civiles y militares



En el bloque de la experiencia de los militares sanitarios se aprecia en primer lugar una participación importante en misiones internacionales que crece con la edad y los años de servicio. Precisamente esto ha sido uno de los problemas a los que ha tenido que enfrentarse la institución, dado que la caída en el número de profesionales –sobre todo médicos—ha incrementado el número de salidas en las que los componentes del Cuerpo Militar de Sanidad se han visto inmersos. Tanto es así que hace algunos años se produjo un incremento de personal en situación de excedencia hasta el punto de que en el año 2013 los

Oficiales Médicos en activo eran 1098, mientras que en excedencia se encontraban 464, con lo que de todos los militares de carrera de especialidad Medicina, un 55% estaban en situación de servicio activo y un 23% en excedencia, completando la plantilla un 22% en reserva <sup>216</sup>, siendo sin duda la sobrecarga en las misiones la razón más poderosa para que se produjera el incremento.

En cuanto a lo variado de los destinos en operaciones, también parece lógica si se tiene en cuenta que el servicio en unidades operativas puede asimilarse –con todas las reservas-- a los destinos en asistencia primaria en los sistemas públicos de seguridad social.

Ya no se antoja tan comprensible la escasa atención a la preparación de las operaciones en las jornadas de ambientación. Los Convenios de Ginebra son vitales para ejercicio de los derechos de pacientes y profesionales de la salud, por lo que indudablemente se les debería prestar más atención en esas jornadas previas, sobre todo por los profesionales de la salud. Por lo demás, la experiencia que se deduce de la encuesta pone de manifiesto que médicos, enfermeros y demás profesionales no reciben presiones para realizar su trabajo con prisioneros, detenidos o civiles y que pueden organizarlo atendiendo a criterios de estado de salud y urgencia médica como crean conveniente.

---

<sup>216</sup> Datos obtenidos de las estadísticas de personal militar de carrera de las FAS, de la categoría de Oficial General, Oficial y Suboficial de las FAS y de personal militar de carrera del Cuerpo de la Guardia Civil, correspondiente al año 2013, editada por la Secretaría General Técnica del Ministerio de Defensa, edición abril de 2014.

## **2. ANÁLISIS COMPARATIVO DEL GRADO DE CONOCIMIENTO SOBRE LOS CONVENIOS DE GINEBRA, ENTRE LAS MUESTRAS DE SANITARIOS Y NO SANITARIOS.**

La última parte del análisis estadístico está destinada a comparar el grado de conocimiento que sobre los Convenios de Ginebra tienen los participantes militares sanitarios frente a los no sanitarios. Esta comparación se ha realizado en base al grado de acierto de cada uno de los ítems que eran gemelos en uno y en otro cuestionario, que eran todos menos uno. También sobre el acierto total de unos y otros, a través de las variables de notas y grado de calificación.

Para el contraste de variables categóricas se han seguido utilizando el test Chi-cuadrado ante la falta de un test paramétrico más potente. Para el contraste de la diferencia entre las medias de la variable nota, dada su tendencia a la normalidad, se ha utilizado de nuevo el Test T de Student.

La tabla 90 presenta el resumen de los contrastes de los porcentajes de acertantes a cada uno de los ítems. Se han encontrado diferencias altamente significativas ( $p < .01$ ) en tres de ellos. En la pregunta de si son aplicables a todos los heridos y enfermos, la tasa de acertantes es notablemente más alta (62.2%) entre los no sanitarios que entre los sanitarios (18.9%). También en las cuestiones de si distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles, y en la referente a que los Convenios de Ginebra tratan sobre la protección de los hospitales, pero en ambas, al contrario de la anterior, son los sanitarios los que presentan un mayor grado de acierto.

También hay diferencias significativas ( $p < 0,05$ ) de menor magnitud, aunque eso sí, en otras dos cuestiones, la relativas al significado de la exención de captura y la referente a quien debe de proporcionar asistencia sanitaria a los prisioneros, donde de nuevo se aprecian más acertantes entre los sanitarios.

En el resto de cuestiones no existen diferencias entre las muestras que se puedan considerar como estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ).

Tabla 90: *Test Chi-cuadrado*. Comparación de la tasa de acertantes a las preguntas sobre Conocimientos de los C.G. en función de la muestra: sanitarios / no sanitarios.

Contenido de la pregunta	Total de acertantes	SANITARIOS n=53	NO SANITARIOS n=164	Chi <sup>2</sup>	gl	p
Cuántos son los C.G.	134	62.3% (33)	61.6% (101)	0.01	1	.930 <sup>NS</sup>
Son aplicables a todos los heridos y enfermos	112	18.9% (10)	<b>62.2% (102)</b>	30.11	1	<b>.000**</b>
Distinguen entre heridos/enfermos militares y civiles	114	<b>77.4% (41)</b>	44.5% (73)	17.33	1	<b>.000**</b>
Recogen deberes del personal sanitario si hay conflicto			-----	--	--	----
Todos los CG son aplicables a todos conflictos armados	80	39.6% (21)	36.0% (59)	0.23	1	.632 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de bienes culturales	72	32.1% (17)	33.5% (55)	0.04	1	.844 <sup>NS</sup>
Tratan sobre la protección de los hospitales	137	<b>79.2% (42)</b>	57.9% (95)	7.82	1	<b>.005**</b>
Hay más distintivos además de la cruz roja y la media luna	102	43.4% (23)	48.2% (79)	0.37	1	.545 <sup>NS</sup>
Significado de la exención de captura	38	<b>28.3% (15)</b>	14.0% (23)	5.65	1	<b>.017 *</b>
Quién debe proporcionar asistencia sanitaria a prisioneros	122	<b>67.9% (36)</b>	52.4% (86)	3.90	1	<b>.048 *</b>
Protección del personal auxiliar de un hospital	124	56.6% (30)	57.3% (94)	0.01	1	.927 <sup>NS</sup>
Médicos y enfermeras tienen distinta protección	138	67.9% (36)	62.2% (102)	0.57	1	.451 <sup>NS</sup>
Qué instalaciones sanitarias tienen la protección de los C.G.	168	84.9% (45)	75.0% (123)	2.25	1	.134 <sup>NS</sup>
Los sanitarios pueden tener armamento	102	50.9% (27)	45.7% (75)	0.44	1	.509 <sup>NS</sup>

N.S. = NO significativo (p>.05)    \* = Significativo al 5% (P<.05)    \*\* = Altamente significativo al 1% (p<.01)

A pesar de las diferencias comentadas de forma puntual en algunos de los ítems, en la comparación de la totalidad de los conocimientos no se han encontrado diferencias significativas (p>0,05). La nota media es ligeramente superior en los sanitarios y la tasa de calificados como insuficientes es algo mayor entre no sanitarios, pero como ya se ha dicho sin significación estadística.

Tabla 91 *Test de Student y Test Chi-cuadrado*. Comparación del grado de conocimiento total de los C.G. en función de la muestra: sanitarios / no sanitarios.

VARIABLE	SANITARIOS N=53		NO SANITARIOS N=164		TEST DE CONTRASTE		
	Media	D.E.	Media	D.E.	VALOR	GL	p
	<b>Nota [ 0 – 10 ]</b>	5.28	1.93	5.00	2.12	t= 0.85	215
	% (frec)		% (frec)				
<b>Calificación</b>	Insuficiente	34.0% (18)	43.3% (71)		Chi <sup>2</sup> =1.55	2	.458 <sup>NS</sup>
	Aceptable	47.2% (25)	42.1% (69)				
	Excelente	18.9% (10)	14.6% (24)				

N.S. = NO significativo (p>.05)

De todo ello puede deducirse que salvo en los temas muy puntuales antes apuntados, sanitarios y no sanitarios tienen un grado de conocimiento similar sobre los Convenios de Ginebra.

## 6. COMENTARIOS FINALES DE AMBOS GRUPOS

Como ya esperábamos, los comentarios finales de los encuestados varían en los dos grupos, habiendo tan sólo ha habido 12 respuestas en los no sanitarios, mientras que en los sanitarios han sido 21.

Tabla 92: Comentarios finales

	Totales	Frecuencia	Porcentajes
No sanitarios	164	12	7,32
Sanitarios	53	21	39,62
Totales	217	33	15.20

Las respuestas son muy diversas. Un número importante de los sanitarios (7) se lamentan de no conocer apenas los convenios y piden que se amplíe la formación, sobre todo antes de partir a zona de operaciones. Otros (6) manifiestan que en general se aplican correctamente y otros en fin (5), que creen que son normas que respetan los países de nuestro entorno, pero que en la mayor parte de los conflictos en los que están involucrados países del tercer mundo o facciones radicales, no tienen ninguna efectividad. Dos de ellos hablan de países civilizados. Una Oficial femenina refiere como único problema de aplicación la negativa de un prisionero islámico a dejarse examinar por una mujer, hecho que también refiere haberle sucedido con civiles.

Tan interesante como completa es la respuesta de un Oficial Médico, que merece la pena transcribir:

“ No tengo experiencia de guerra, pero las Misiones en las que participé (situaciones de conflicto, preguerra o guerra “atenuada” son ocasión de ver o prever lo que ocurriría el día de la guerra.

Creo que la parquedad de medios puede ser un factor limitante de la calidad de asistencia

Creo que la necesidad de preservar la propia seguridad puede también ser un factor limitante de la calidad de la Asistencia Sanitaria.

Y creo que la limitación de la Asistencia Sanitaria por los dos factores enunciados puede ser mayor para población civil, así como para militares de un bando contrario.

He podido ver (en mi corta experiencia) que existe una diferencia marcada entre la predisposición a asistir al que lo necesita por parte de los diferentes ejércitos.

Y en esa corta experiencia, en la que he podido contrastar las pautas de actuación y los procedimientos de diferentes ejércitos, destaca España como el que prioriza, en un grado muy superior a los otros, las necesidades personales/sanitarias de las personas sobre .los planes o Ordenes de Operaciones.”

Los comentarios de los militares no sanitarios son similares. La mayor parte (7) expresan su desconfianza en los Convenios de Ginebra se apliquen en los conflictos armados actuales. Algunos citan los conflictos en países árabes. Otros (3) creen que no hay suficiente preparación y que deberían repasarse antes de partir a zona de operaciones. Incluso uno de ellos manifiesta que el cuestionario le ha hecho reflexionar y que los analizará. Especialmente significativa es la respuesta de un oficial peruano, que recuerda que en su país existe desde el año 2003 un centro de Derecho Internacional Humanitario que se dedica a impartir cursos y jornadas sobre el particular, en los que se hablan de los derechos de sanitarios y de heridos y enfermos.

## **VII. CONCLUSIONES**

1. Los Convenios de Ginebra siguen siendo el mejor instrumento jurídico para garantizar el respeto a quienes ya no son combatientes o a los que nunca han participado en las hostilidades. Su contenido conforma un auténtico Estatuto de pacientes y profesionales de la salud.

2. Los heridos y enfermos militares en conflicto armado tienen derecho a que se respete su vida e integridad física en toda circunstancia, a que se les busque y ponga a salvo, a que se les trate humanitariamente y sin otra distinción que el criterio de urgencia médica, y a que no se les someta a tortura o experimentación.

3. En caso de conflicto armado los profesionales de la salud tienen derecho a ser respetados y protegidos, a acceder sin trabas a los lugares donde sean necesarios sus servicios, a no ser sancionados por prestar sus servicios con arreglo a la ética y deontología médicas y con independencia del bando o graduación militar de sus pacientes, así como a no ser inducidos a realizar actos contrarios a la ética médica

4. El perfil sociodemográfico de los encuestados es mayoritariamente español y su edad, sexo y años de servicio son muy similares a los de las Fuerzas Armadas Españolas. Los militares no sanitarios pertenecen en su mayoría a los Cuerpos Generales y al Ejército de Tierra. En cuanto a los sanitarios las especialidades más frecuentes son, como en su Cuerpo, Enfermería y Medicina.

5. La formación que se imparte a los militares no sanitarios sobre los Convenios de Ginebra es limitada pero suficiente. No se incide mucho en ella en los planes de estudio y la formación continua apenas si la contempla.

6. En el caso de los profesionales sanitarios, la formación sobre los convenios es igualmente parca. No obstante, reciben una correcta explicación sobre sus derechos y deberes.

7. En general, el grado de conocimiento que tienen los encuestados de los Convenios de Ginebra puede considerarse normal. Un 42 % de los militares



no sanitarios encuestados obtiene un resultado “aceptable” y un 14 % “excelente”, siendo el resto “insuficiente”. En los sanitarios el porcentaje se eleva al 47 % de aceptables y el 19 % de excelentes.

**8.** El conocimiento de los hombres sobre los Convenios no difiere del de las mujeres, como tampoco se aprecian diferencias significativas con respecto a la edad y años de servicio, aunque en el caso los militares no sanitarios se den más calificaciones *insuficientes* en los individuos más jóvenes y más *excelentes* en los más veteranos.

**9.** Por categorías, los militares no sanitarios de Tropa tienen muchos menos conocimientos que los Oficiales y Suboficiales.

**10.** Los no sanitarios pertenecientes a Cuerpos Comunes y Auxiliares tienen más conocimientos que los de los Cuerpos Generales, si bien la diferencia no es significativa, como tampoco lo es entre las especialidades de los sanitarios.

**11.** Los militares que han pasado más tiempo en las academias y escuelas y han recibido más formación específica, tienen mayor grado de conocimiento de los Convenios de Ginebra. A menor formación, la tasa de *insuficientes* es más alta y, a sensu contrario, a mayor formación básica y específica, mayor número de *excelentes*.

**12.** Los militares hispanoamericanos encuestados tienen mayor conocimiento de los Convenios que los españoles, por su experiencia en operaciones de combate propiamente dichas, que es muy amplia en el caso de los colombianos y salvadoreños. En el caso de los militares españoles, la mayor participación en operaciones exteriores supone un mayor conocimiento de los Convenios.

**13.** La experiencia en operaciones no difiere en función del sexo, Cuerpo o especialidad, ni en el grupo de los sanitarios ni en el de no sanitarios. Sí se aprecia mayor participación en la categoría de Oficiales, en los de más edad y en los pertenecientes al Cuerpo General, esto último en el caso de los no sanitarios.

**14.** Los encuestados han participado más en operaciones en el exterior que en operaciones internas contraterroristas. En ellas, los militares no sanitarios lo han hecho más como tropa o auxiliar de mando que como mando de unidades. Por su parte, los militares sanitarios han trabajado tanto en unidades operativas como en hospitales de campaña.

Ni unos ni otros han repasado o reflexionado sobre los Convenios de Ginebra antes de partir a la operación

**15.** Aunque apenas la mitad de los encuestados refiere haber tenido trato con prisioneros y detenidos, la mayoría afirma que la atención sanitaria que reciben es correcta y adecuada, a tenor de las prescripciones de los Convenios de Ginebra. Tampoco los civiles son discriminados por su condición.

**16.** Los militares sanitarios no son presionados para asistir médicamente por criterios distintos de la propia urgencia médica, ni los no sanitarios perciben que se asista médicamente a heridos y enfermos por criterios de jerarquía o cualquier otra consideración. La asistencia hospitalaria militar tampoco distingue entre militares, civiles o jerarquías.

**17.** Aunque existen diferencias puntuales en algunos de las respuestas a las cuestiones planteadas, en la comparación de la totalidad de los conocimientos entre los dos colectivos militares estudiados, sanitarios y no sanitarios, no se han encontrado diferencias significativas.

**18.** La formación continua debe reforzar el conocimiento de los Convenios de Ginebra que deben tener las tropas, para que los militares no sanitarios y sanitarios sean conscientes de sus derechos, a fin de que los primeros tomen conciencia de que una vez heridos ya no son combatientes y deben ser protegidos, y los otros de que gozan de un plus de protección precisamente para garantizar que la ética y deontología profesionales sean de aplicación incluso en situaciones tan extremas como los conflictos armados.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA

- AAVV, Comentario del Protocolo del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I), Tomos I y II, Comité Internacional de la Cruz Roja y Plaza et Janés Editores Colombia, Santa Fé de Bogotá, 2001.
- ABEL Francesc S.J.: Bioética: un nuevo concepto y una nueva responsabilidad. Revista Selecciones de Bioética 2002. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá
- ABRIL STOFFELS, Ruth, La asistencia humanitaria en los conflictos armados, Tirant lo Blanch, Valencia, 2001.
- ABRIL STOFFELS, Ruth, La asistencia humanitaria y los principios jurídicos recogidos en el Derecho Internacional Humanitario Revista de la Facultad de Derecho de la Universidad Complutense 1998 nº 89.
- ABRISKETA Joana: Derechos humanos y acción humanitaria. Alberdania S.L.
- ALBALADEJO LÓPEZ, Pedro: Derecho Civil I. Introducción y parte general. Volumen primero. Introducción y derecho de la persona. José M<sup>a</sup> Boch Editor.
- ALLI TURRILLAS Juan Cruz: La profesión militar. INAP.
- ALONSO, José Ramón: Metralla en la cabeza. Disponible en <http://jralonso.es/2015/04/29/metralla-en-la-cabeza/>.
- AMEGULLO CATALÁN, José: Médicos militares en el Role 1 de Afganistán. Revista Ejército nº 853
- AQUINO, Tomás de: Suma Teológica. Biblioteca de autores cristianos. Vol. III, Parte II-II a. Págs. 337-341.
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, Manual de Ética Médica, Asociación Médica Mundial, 2009.
- ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL: Regulaciones en tiempo de conflicto armado. Manual de Políticas de la AMM. Asociación Médica Mundial.
- BEAUCHAMPS Tom y CHILDRESS, James: Principios de Ética Biomédica. Masson.
- CÁCERES BRUN, Joaquín, Manual Básico de Derechos Humanos y Derecho internacional Humanitario, Cruz Roja Española, Madrid, 2003.

- CAMPS Victoria: Paternalismo y bien común. Cuadernos de Filosofía del derecho. Nº 5. 1988. Doxa.
- CAMORRO FERNÁNDEZ A.J y MARCOS MARTÍN M: Revisión clásica y revisión sistemática. En Guía para la elaboración de trabajos científicos. MIRÓN-CANELO Editor.
- CASADO DA ROCHA, Antonio: Bioética para legos. Una introducción a la ética asistencial. Plaza y Valdés.
- CASANOVAS Y LA ROSA, Oriol «VII Derecho de los conflictos armados,». Capítulos XLIII y XLIV del libro Instituciones de Derecho Internacional Público de Manuel Diez de Velasco, Ed. Tecnos, Madrid, duodécima edición.
- CICR, Comité Internacional de la Cruz Roja, Derecho Internacional Humanitario: Respuestas a sus preguntas, CICR, Ginebra, 1998.
- CICR, Comité Internacional de la Cruz Roja, Los Principios Fundamentales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, CICR, Ginebra, 1996.
- CICR, Comité Internacional de la Cruz Roja. Acción 2014 y perspectivas 2015.
- CICR, Comité Internacional de la Cruz Roja Boletín Asistencia de salud en peligro. Enero-junio 2015.
- CICR, Comité Internacional de la Cruz Roja. Los convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949.
- CICR, Comité Internacional de la Cruz Roja. Comentario del Protocolo adicional I a los Convenios de Ginebra de 1949. Plaza y Janés Editores.
- CICR, Comité Internacional de la Cruz Roja: Colombia: situación humanitaria. Acción 2014 y perspectivas 2015.
- CICR, Comité Internacional de la Cruz Roja: Boletín Asistencia de salud en peligro. Enero-junio 2015.
- CICR: Crisis en Siria y la región. Disponible en: <https://www.icrc.org/es/where-we-work/middle-east/siria>.
- CICR: El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y la Media Luna Roja de un vistazo (folleto). CICR.

- DE CURREA-LUGO, Víctor: Generalidades del Derecho Internacional Humanitario. Revista Heraldo Médico, volumen XXIII nº 228. En: [encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldo-medico/vol-2322801/heraldo2322801generalidades/](http://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/heraldo-medico/vol-2322801/heraldo2322801generalidades/).
- DE LA OSADA, A.: Ya llegan de nuevo las balas. El País, número de 25 de mayo de 2015.
- DOPPLER, Bruno, «El Derecho de la guerra. Cuadernos pedagógicos para instructores», CICR, 1994.
- ESTADO MAYOR DE LA DEFENSA: C-4-001. Doctrina sanitaria conjunta Ministerio de Defensa.
- EVERLIN, PH. «Identificación de las aeronaves sanitarias y de los buques hospitales y de los buques sanitarios protegidos por los Convenios de Ginebra de 12 de agosto de 1949». Separata de la Revista Internacional de la Cruz Roja, noviembre-diciembre, 1982.
- EXPÓSITO MONTERO, José Luis. Urgencias de campaña en el oeste afgano. Revista Española de Defensa. Enero 2014.
- DUNNANT Henry: Un recuerdo de Solferino. Comité Internacional de la Cruz Roja.
- FADEN Ruth, BEAUCHAMP, Tom y KING, Nancy: Historia y teoría del consentimiento informado. Oxford University Press. 1986.
- FERNÁNDEZ-FLORES y DE FUNES, José Luis, El derecho de los conflictos armados: de iure belli, el derecho de la guerra: el derecho internacional humanitario, el derecho humanitario bélico, Ministerio de Defensa, 2002.
- FERRER GELABER, Sandra: Del paternalismo a la autonomía, reflexiones. En <http://medicosypacientes.com>. Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos de España. Nº 1720 de 21 de Enero de 2015.
- FERRER LUES, Marcela: Equidad y Justicia en salud. Implicaciones para la bioética. Acta Bioethica 2003.
- FERRO María, MOLINA Luzcarían y RODRÍGUEZ William A: La Bioética y sus principios. Acta odontológica venezolana. Volumen 47-2. 2009.

- GAFO Javier: Aborto, 10 palabras claves en bioética. Verbo Divino. Págs 44-46.
- GARCÍA MANGAS, Araceli: Conflictos armados internos y derecho internacional humanitario. Ediciones Universidad de Salamanca.
- GARCÍA GONZÁLEZ, José Antonio: Sobre la sanidad militar. Revista Atenea. Nº 12. 2009. Empresa i2v.
- GOMEZ RODRÍGUEZ, Luis: Los hijos de Asclepio. Asistencia sanitaria en guerras y catástrofes. Repositorio Uned.
- GÓMEZ SANCHO, Marcos(coordinador): Los valores de la medicina en el siglo XXI. Organización Médica Colegial de España.
- GOMEZ ULLA, Mariano: Discurso de ingreso en la Real Academia de Medicina. Instituto de España.
- GOMEZ-ULLATE RASINES, Susana: Historia de los derechos de los pacientes. Revista Derecho UNED, n º15, 2014.
- GRACIA Diego: Como arqueros al blanco. Estudios de Bioética. Edición de José Lázaro. Tria Castela. Madrid.
- GRACIA Diego: Procedimientos de decisión en ética clínica. Madrid. Eudema.
- GROCIO, Hugo: Del derecho de la guerra y de la paz, Tomo I, Libro 1º.
- GUILLERMAND, Jean: Contribución de los médicos de los ejércitos a la génesis del derecho humanitario. Revista Internacional de la Cruz Roja, 14.
- HERNÁNDEZ SUÁREZ-LLANOS, Francisco Javier: La exención por obediencia jerárquica en el derecho penal español, comparado e internacional. Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado de Investigación sobre la Paz, la Seguridad y la Defensa.
- HOBBS Thomas: Elementos del derecho natural y político. Alianza Editorial.
- HOBBS, Thomas: Tratado sobre el ciudadano. Edición de Joaquín Rodríguez Feo. Universidad Nacional de Educación a Distancia Madrid.
- HOBBS, Thomas: Leviatán o la materia, forma y poder de una república eclesiástica y civil. Servei de Publicacions Universitat Valencia.

- KALSHOVEN, Frits/ ZEGVELD, Liesbeth, Restricciones en la conducción de la guerra. Introducción al Derecho internacional humanitario, CICR, (3.<sup>a</sup> edición), Ginebra, 2001.
- KANT, Immanuel: Sobre la paz perpetua. Segundo artículo definitivo de la paz perpetua. Alianza Editorial.
- LAÍN ENTRALGO, P.: La relación médico-enfermo: Historia y Teoría., Madrid, Alianza, 1983.
- LAIN ENTRALGO, Pedro: Historia de la medicina. Salvat editores.
- LAVADOS MONTES Claudio y GAJARDO UGÁ Alejandra: El Principio de Justicia y la Salud en Chile. Acta Bioethica 2008.
- LÁZARO JOSÉ (Editor), Como arqueros al blanco, Editorial TriaCastela, 2004.
- LÁZARO, José y GRACIA, Diego: La relación médico-enfermo a través de la historia. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol. 29, 2008.
- LLAMBIAS, Jorge Joaquín: Introducción al Derecho Civil. Perrot.
- LOPEZ EIRE, Pedro: Homero. La Odisea. Austral.
- LÓPEZ MARTIN SIXTO, Ética y Deontología Médica. Editorial Marban Libros, 2011.
- MANDO DE ADIESTRAMIENTO Y DOCTRINA DEL EJÉRCITO DE TIERRA: PD4-216. Sanidad en Operaciones. Ministerio de Defensa.
- MANDO DE ADIESTRAMIENTO Y DOCTRINA: Manual de Enseñanza ME7-011(módulo de formación militar básica del Ejército de Tierra. Ministerio de Defensa.
- MANGAS MARTÍN, Araceli, Conflictos armados internos y Derecho internacional humanitario, Universidad de Salamanca, 1992.
- MARTÍNEZ-CALCERRADA, Luis: La sanidad ante las nuevas tendencias jurisprudenciales. Aspectos civiles. Libro de Actas IV Congreso Nacional de Derecho Sanitario. Fundación Mapfre Medicina.
- MAZO ÁLVAREZ, Héctor: La Autonomía: principio ético contemporáneo. Revista Colombiana Ciencias Sociales. Vol 3. 2012.



- MÉDICOS SIN FRONTERAS: Libia: MSF acerca la asistencia a los heridos de guerra. Disponible en <http://www.msf.es/noticia/2011/libia-msf-acerca-asistencia-heridos-guerra>.
- MELO MORENO, Vladimir: Identidades 11: sociales. Norma.
- MINISTERIO DE DEFENSA: estadística de personal militar de carrera de las FAS, de la categoría de Oficial General, Oficial y Suboficial de las Fas y de personal militar de carrera del Cuerpo de la Guardia Civil.. Año 2013. Secretaría General Técnica del Ministerio de Defensa.
- MINISTERIO DE DEFENSA: estadística de Militar de Complemento, Militar de Tropa y Marinería y Reservista Voluntario. Año 2013. Secretaría General Técnica del Ministerio de Defensa.
- MIR TUBAU Joan y BUSQUETS ALIBER Ester: Comentario del libro Principios de Ética Biomédica, de Beauchamp y Childress. Revista Bioètica & Debat. Volumen 17, núm 64. Sep-Oct 2011.
- MONÉS XIOL, Joan (coordinador): Manual de Ética y Deontología Médica. Organización Médica Colegial de España.
- MONSERRAT, Salvador: La Medicina militar a través de los siglos. Servicio Histórico Militar.
- MONTESQUIEU, Barón de (Secondat, Charles Luis): Del espíritu de las Leyes. Alianza Editorial.
- MULINEN, Frédéric de, Manual sobre el Derecho de la guerra para las Fuerzas Armadas, CICR, Ginebra, 1991.
- MUNAYCO SÁNCHEZ A.J., NAVARRO SUAY R., DE NICOLÁS ÁLVAREZ M.A.: Modelo español de MEDEVAC: Experiencia en Afganistán. Revista Sanidad Militar. Nº 68-3.
- MUÑOZ GARRIDO Rafael: Eutanasia. Aspectos legales. Sal Terrea. Revista de teología pastoral. 2001.
- MUÑOZ GARRIDO, Rafael: Comparecencia ante la comisión especial de estudios sobre la eutanasia. Boletín Oficial de las Cortes Generales. Diario de Sesiones del Senado. VI Legislatura. Comisiones.

- NAVARRO SUAY, Ricardo: Bajas por armas de fuego y explosivos. Ministerio de Defensa.
- ORGANIZACIÓN MÉDICA COLEGIAL DE ESPAÑA, Manual de ética y deontología médica, Editorial OMC, 2012.
- OLASO JUNYEN, Luis María: Curso de Introducción al Derecho. Introducción filosófica al Derecho. Universidad católica Andres Bello. Caracas
- OTERO SOLANA, Vicente: La normativa de protección y actuación del personal y medios sanitarios en los conflictos armados. Ministerio de Defensa.
- PALLÍ BONET J.: Aristóteles. Ética a Nicómaco. Gredos. Madrid.
- PELLEGRINO Edmundo. "Ethics and the Moral Center of the Medical Enterprise". Bulletin of the New York Academy of Medicine. Núm 54, 1978.
- PICTET, Jean, «Desarrollo y principios del Derecho Internacional Humanitario», Instituto Henry Dunant, Ginebra, 1986.
- RODRIGO SUAY, Ángel Rodrigo y otros: Despliegue y capacidades sanitarias en la región oeste de Afganistán (provincia de Badghis y Herat) de agosto a noviembre 2012. Revista Sanidad Militar nº 69. 2013.
- POSTIGO SOLANA, Elena: Diccionario de Bioética. (Dir. Carlos Simón Vázquez). Montecarmelo. Pág 108-117.
- POTTER Van Rensselaer: Bioethics: La ciencia de la supervivencia, Revista "Perspectives in Biology and Medicine". 1970.
- RAMÓN CHORNET, Consuelo: El 50 aniversario de los Convenios de Ginebra y los conflictos armados en un mundo inestable. En Problemas actuales del Derecho Internacional Humanitario: V Jornadas de Derecho Internacional Humanitario. Universidad de Valencia.
- RENARD Georges.: El Derecho, la Justicia y la Voluntad. Desclée.
- REY MARCOS, Francisco y CURREA LUGO, Víctor de: El debate humanitario. Icaria Editorial.
- RODRÍGUEZ JIMÉNEZ José L.: La misión de la sanidad militar española en Vietnam del Sur (1966- 1971). Revista WarHeat Internacional. Volumen: 16, nº 119. 2013.

- RODRÍGUEZ JIMÉNEZ, José Luis: El EMAT en misiones en el exterior. Revista Atenea. Nº 12. 2009. Empresa i2v.
- RODRÍGUEZ MOLINERO, Marcelino: Perfil general del Derecho Médico. Anuario de Filosofía del Derecho XII. Ministerio de Justicia, BOE, Sociedad española de Filosofía Jurídica y Política.1995.
- RODRÍGUEZ VILLASANTE Y PRIETO, José Luis (Coord.), Derecho Internacional Humanitario, Tirant lo Blanch, Valencia, 2002.
- RODRÍGUEZ VILLASANTE Y PRIETO, José Luis (Coord.), El Derecho Internacional Humanitario ante los retos de los conflictos armados actuales, Cruz Roja Española y Fundación Rafael del Pino, ed. Marcial Pons, Madrid-Barcelona 2006.
- RODRÍGUEZ VILLASANTE Y PRIETO, José Luis: La protección del “personal humanitario” por el Derecho Internacional Humanitario en los conflictos armados actuales. Anuario de acción humanitaria 2010. Universidad de Deusto.
- RODRIGO SUAY, Ángel Rodrigo y otros: Despliegue y capacidades sanitarias en la región oeste de Afganistán (provincia de Badghis y Herat) de agosto a noviembre 2012. Revista Sanidad Militar nº 69. 2013.
- ROUSSEAU, Jean Jacques: El contrato social. Edición de M<sup>a</sup> José Villaverde. Itsmo.
- ROY David: La Bioétique. Une responsabilité nouvelle pour le contrôle d'un nouveau pouvoir, Revista Relations Vol 36 nº 420 (1976).
- RUIZ REY, Fernando: Calidad de vida en medicina: Problemas conceptuales y consideraciones éticas. II. Una mirada a la ética. Juramento Hipocrático Raleigh. Psicología. Com. Revista internacional on line. 2007. Nº 11. vol 2.
- SAN AGUSTÍN: Obras Completas Tomo XXXI Escritos antimaniqu coastos (2º). Réplica a Fausto, el maniqueo. Libro XXII. Biblioteca de autores cristianos.
- SANGÜESA CABEZUDO, María: Autonomía del paciente. Consentimiento informado. *Revista de Jurisprudencia Lefebre. El Derecho. Núm 1, 2012.*
- SEOANE, José Antonio: La relación clínica en el siglo XXI: cuestiones médicas, éticas y jurídicas. Revista Derecho y Salud. Vol 16, extra 1. 2008.

- SHERIST, Moshe: Medicina en la era Nazi. Yad Vashem. Escuela Internacional de Estudios del Holocausto. Disponible en <http://www.yadvashem.org/>.
- SINOUE, Gilbert: Avicena o la ruta de Isfahán. Zeta bolsillo.
- SPITZ VIVIEN, Doctores del infierno, Editorial Tempus, 2009.
- THOMPSON GARCÍA, Julia: Los principios de la ética biomédica. Sociedad Colombiana de Pediatría. Fascículo Precop. Módulo 4. 2006.
- TOMÁS GARRIDO GLORIA MARÍA (coordinadora), Manual de bioética, Editorial Ariel, 2001.
- VALLADARES, Gabriel Pablo: El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) y su contribución al desarrollo convencional del Derecho Internacional Humanitario en los comienzos del siglo XXI. En XXXV Curso de Derecho Internacional: "Nuevos Desarrollos del Derecho Internacional en las Américas". Organización de Estados Americanos.
- VITORIA, Francisco de: Relecciones sobre los Indios y el Derecho de la Guerra. Colección Austral. Espasa Calpe.
- VVAA, Comentario del Protocolo del 8 de junio de 1977 adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949, relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales (Protocolo I), Tomos I y II, Comité Internacional de la Cruz Roja y Plaza et Janés Editores Colombia, Santa Fe de Bogotá, 2001. Hay también versión española del Comentario del Protocolo II y del artículo 3 de los Convenios de Ginebra.
- WIESEL, Elie: Sin conciencia (Without Conscience). En The New England Journal of Medicine. Abril 2005.

**ANEXO**

## **CUESTIONARIO PERSONAL MILITAR NO SANITARIO**

### **INTRODUCCIÓN**

- 1) **NACIONALIDAD:** **EJÉRCITO:** **GRADO:**
- 2) **TIPO DE RELACIÓN CON LAS FAS:**  
 Militar de Carrera  Tropa Profesional Permanente  
 Militar de Complemento  Tropa Profesional no Permanente
- 3) **ESPECIALIDAD FUNDAMENTAL:**
- 4) **ESPECIALIDAD COMPLEMENTARIA:**
- 5) **TIPO DE PUESTO TÁCTICO:**  
 Operativo  Apoyo logístico  
 Burocrático  Relacionado directamente con actividades sanitarias
- 6) **AÑOS DE SERVICIO:**
- 7) **EDAD:**
- 8) **SEXO:**
- 9) **PERÍODO DE FORMACIÓN BÁSICA:**  
 3 meses o menos  5 cursos académicos  
 1 curso académico  Otro (indicar tiempo)  
 3 cursos académicos
- 10) **¿EN SU PERÍODO DE FORMACIÓN MILITAR SE INCLUYÓ ALGUNA SESIÓN O CLASE DEDICADA A LOS CONVENIOS DE GINEBRA?**  
 Ninguna  Más de 2 (indicar cuantas)  
 1-2 sesiones  No lo recuerdo

11) ¿EN ESAS SESIONES SE TRATÓ EL TEMA DEL ESTATUTO DEL PERSONAL SANITARIO EN CASO DE CONFLICTO ARMADO?

Si  No  No lo recuerdo

12) ¿LE EXPLICARON QUIENES TIENEN LA CONSIDERACIÓN DE PERSONAL SANITARIO?

Si  No  No lo recuerdo

13) ¿LE EXPLICARON CORRECTAMENTE LOS DERECHOS Y DEBERES DEL PERSONAL SANITARIO?

Si  No  No lo recuerdo

14) ¿LE EXPLICARON SUS DERECHOS EN CASO DE SER HERIDO O ENFERMO?

Si  No  No lo recuerdo

### **GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CONVENCION DE GINEBRA**

(Tenga en cuenta que esto no es un examen. Responda sin consultar ningún documento ni fuente)

15) ¿CUÁNTOS SON LOS CONVENIOS DE GINEBRA?

2  3  4  No lo recuerdo

16) ¿SON APLICABLES A TODOS LOS HERIDOS Y ENFERMOS?

Si  No  No lo recuerdo

17) ¿DISTINGUEN ENTRE LOS HERIDOS Y ENFERMOS MILITARES DE LOS CIVILES?

Si  No  No lo recuerdo

18) ¿TODOS LOS CONVENIOS SON APLICABLES A TODOS LOS CONFLICTOS ARMADOS?

Si  No  No lo recuerdo

19) ¿LOS CONVENIOS DE GINEBRA TRATAN SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS BIENES CULTURALES?

Si  No  No lo recuerdo

**20) ¿Y DE LOS HOSPITALES?**

- Si  No  No lo recuerdo

**21) ¿HAY MÁS DISTINTIVOS DE PERSONAL SANITARIO APARTE DE LA CRUZ ROJA Y LA MEDIA LUNA ROJA?**

- Si  No  No lo recuerdo

**22) ¿QUÉ SIGNIFICA LA EXENCIÓN DE CAPTURA?**

- Que los médicos no pueden ser hechos prisioneros  
 Que el personal sanitario debe ser devuelto a su país cuando se pueda  
 Que el personal sanitario debe ser devuelto a su país en 24 horas  
 No lo recuerdo

**23) ¿QUIÉN DEBE PROPORCIONAR LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS PRISIONEROS?**

- La parte que los retiene, pero pueden utilizar sanitarios prisioneros  
 La parte a la que sirven a través de los sanitarios prisioneros  
 El Comité Internacional de Cruz Roja y demás ONG,s  
 No lo recuerdo

**24) ¿QUÉ PROTECCIÓN TIENE EL PERSONAL AUXILIAR DE UN HOSPITAL?**

- La misma que los demás combatientes  
 La misma que los enfermeros pero distinta que los médicos  
 La misma que los demás profesionales sanitarios  
 No lo recuerdo

**25) ¿MÉDICOS Y ENFERMEROS TIENEN DISTINTA PROTECCIÓN?**

- Si  No  No lo recuerdo

**26) ¿QUÉ INSTALACIONES SANITARIAS TIENEN LA PROTECCIÓN DE LA CONVENCIÓN?**

- Las ambulancias y helicópteros identificados  
 Ambulancias y buques hospitales identificados  
 Cualquier instalación sanitaria identificada  
 No lo recuerdo



## 27) ¿LOS SANITARIOS PUEDEN TENER ARMAMENTO?

- El individual y colectivo asignado a sus unidades
- El individual para su exclusiva protección
- El individual sin ninguna limitación
- No lo recuerdo

## EXPERIENCIA EN CAMPAÑA Y OPERACIONES INTERNAS E INTERNACIONALES

## 28) NÚMERO DE OPERACIONES EN CAMPAÑA U OPERACIONES INTERNACIONALES EN LAS QUE HA PARTICIPADO:

## 29) TIPO DE OPERACIONES:

- |                                   |   |
|-----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Campaña  | <input type="checkbox"/> Interna contraterrorista |
| <input type="checkbox"/> Exterior | <input type="checkbox"/> Otras (indicar)          |

## 30) GRADO DE RESPONSABILIDAD EJERCIDO:

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Mando de Unidad tipo Rgto/Bon | <input type="checkbox"/> Auxiliar del Mando |
| <input type="checkbox"/> Mando de Unidad tipo Cía      | <input type="checkbox"/> Tropa              |
| <input type="checkbox"/> Otros Mandos                  |   |

## 31) EN LAS JORNADAS DE AMBIENTACIÓN PREVIAS A LAS OPERACIONES HA HABIDO ALGUNA TEÓRICA DEDICADA LOS CONVENIOS DE GINEBRA?

- Sí                       No                       No lo recuerdo

## 32) ¿REPASÓ, RELEYÓ O SIMPLEMENTE REFLEXIONÓ O REMEMORÓ LAS NORMAS DE LOS CONVENIOS DE GINEBRA ANTES DE EMPRENDER EL VIAJE?

- Sí                       No                       No lo recuerdo

## 33) ¿HA TENIDO OCASIÓN DE TRATAR PROFESIONALMENTE A ALGÚN PRISIONERO Y/O DETENIDO?

- Sí                       No                       No lo recuerdo

## 34) ¿EN SU OPINIÓN LOS PRISIONEROS Y/O DETENIDOS RECIBÍAN ASISTENCIA SANITARIA CORRECTA?

- Sí                       No                       No lo recuerdo

- 35) **¿SABE SI EN LAS UNIDADES DONDE SIRVIÓ EXISTÍA ALGÚN PROTOCOLO DE TRATO SANITARIO A PRISIONEROS Y/O DETENIDOS)**  
 Si  No  No lo recuerdo
- 36) **¿ALGUNA VEZ DIO O ESCUCHÓ ALGUNA ORDEN O INDICACIÓN SOBRE LA FORMA DE TRATAR MÉDICAMENTE A LOS CIVILES?**  
 Si (en caso informativo indique cuales)  No  No lo recuerdo
- 37) **ALGUNA VEZ DIO O ESCUCHÓ ORDEN O INDICACIÓN SOBRE PRIORIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA POR RAZÓN DE JERARQUÍA MILITAR**  
 Si (en caso informativo indique cuales)  No  No lo recuerdo
- 38) **EN LOS HOSPITALES HABÍA ALGÚN TRATO DIFERENTE A LOS CIVILES?**  
 Si (en caso informativo indique cuales)  No  No lo recuerdo
- 39) **¿LOS ALOJAMIENTOS ERAN LOS MISMOS?**  
 Si  No  No lo recuerdo
- 40) **¿CASO DE SER DISTINTOS, LA CALIDAD ERA SIMILAR?**  
 Si  No  No lo recuerdo
- 41) **¿LAS COMIDAS ERAN IDÉNTICAS?**  
 Si  No  No lo recuerdo
- 42) **¿CASO DE SER DISTINTAS, LA CALIDAD ERA LA MISMA?**  
 Si  No  No lo recuerdo
- 43) **REALICE UN COMENTARIO SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS CONVENIOS DE GINEBRA PARA LA ASISTENCIA A HERIDOS, ENFERMOS Y PRISIONEROS Y EL TRATO Y CONSIDERACIÓN DEBIDA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN CASO DE CONFLICTO ARMADO EN LAS FUERZAS ARMADAS DE SU PAÍS**

## CUESTIONARIO PERSONAL MILITAR SANITARIO

### INTRODUCCIÓN

- 1) NACIONALIDAD: EJÉRCITO: GRADO:
- 2) ESPECIALIDAD FUNDAMENTAL:
- 3) AÑOS DE SERVICIO:
- 4) EDAD:
- 5) SEXO:
- 6) ¿HIZO ALGÚN PERÍODO DE FORMACIÓN ESPECÍFICA SANITARIA EN UNA ACADEMIA SANITARIA MILITAR?
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 3 meses o menos | <input type="checkbox"/> De 6 meses a 1 año |
| <input type="checkbox"/> De 3 a 6 meses  | <input type="checkbox"/> Más de 1 año       |
- 7) ¿EN LOS CURSOS DE FORMACIÓN SE INCLUYÓ ALGUNA SESIÓN O CLASE DEDICADA A LOS CONVENIOS DE GINEBRA?
- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna      | <input type="checkbox"/> Más de 2 (indicar cuantas) |
| <input type="checkbox"/> 1-2 sesiones | <input type="checkbox"/> No lo recuerdo             |
- 8) ¿EN ESAS SESIONES SE TRATÓ EL TEMA DEL ESTATUTO DEL PERSONAL SANITARIO EN CASO DE CONFLICTO ARMADO?
- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo recuerdo |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
- 9) ¿LE EXPLICARON CORRECTAMENTE SUS DERECHOS Y DEBERES POR SU CONDICIÓN DE PERSONAL SANITARIO?
- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo recuerdo |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
- 10) ¿SE LE EXPLICÓ CONVENIENTEMENTE SU OBLIGACIÓN DE ATENCIÓN A HERIDOS Y ENFERMOS CON EL EXCLUSIVO CRITERIO DE LA URGENCIA MÉDICA?
- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo recuerdo |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
- 11) ¿SE LE EXPLICÓ CONVENIENTEMENTE SU OBLIGACIÓN DE NO CLASIFICAR A HERIDOS Y ENFERMOS POR GRADUACIÓN MILITAR O BANDO?
- |                             |                             |   |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Si | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo recuerdo |
|-----------------------------|-----------------------------|---|

12) ¿SE LE EXPLICÓ SUFICIENTEMENTE SU DERECHO A NO RECIBIR ÓRDENES RELATIVAS AL TRATO SANITARIO A HERIDOS O ENFERMOS?

Si  No  No lo recuerdo

13) ¿SE LE EXPLICÓ DE FORMA CLARA SU OBLIGACIÓN DE NO SOMETER A PERSONAS A ACTOS MÉDICOS NO INDICADOS POR SU ESTADO DE SALUD?

Si  No  No lo recuerdo

## **GRADO DE CONOCIMIENTO DE LA CONVENCIÓN DE GINEBRA**

(Tenga en cuenta que esto no es un examen. Responda sin consultar ningún documento ni fuente)

14) ¿CUÁNTOS SON LOS CONVENIOS DE GINEBRA?

2  3  4  No lo recuerdo

15) ¿SON APLICABLES A TODOS LOS HERIDOS Y ENFERMOS?

Si  No  No lo recuerdo

16) ¿DISTINGUEN ENTRE LOS HERIDOS Y ENFERMOS MILITARES DE LOS CIVILES?

Si  No  No lo recuerdo

17) ¿RECOGEN LOS DEBERES MÁS IMPORTANTES DEL PERSONAL SANITARIO EN CASO DE CONFLICTO ARMADO?

Si  No  No lo recuerdo

18) ¿TODOS LOS CONVENIOS SON APLICABLES A TODOS LOS CONFLICTOS ARMADOS?

Si  No  No lo recuerdo

19) ¿LOS CONVENIOS DE GINEBRA TRATAN SOBRE LA PROTECCIÓN DE LOS BIENES CULTURALES?

Si  No  No lo recuerdo

20) ¿Y DE LOS HOSPITALES?

Si  No  No lo recuerdo

**21) ¿HAY MÁS DISTINTIVOS DE PERSONAL SANITARIO APARTE DE LA CRUZ ROJA Y LA MEDIA LUNA ROJA?**

- Sí                       No                       No lo recuerdo

**22) ¿QUÉ SIGNIFICA LA EXENCIÓN DE CAPTURA?**

- Que los médicos no pueden ser hechos prisioneros  
 Que el personal sanitario debe ser devuelto a su país cuando se pueda  
 Que el personal sanitario debe ser devuelto a su país en 24 horas  
 No lo recuerdo

**23) ¿QUIÉN DEBE PROPORCIONAR LA ASISTENCIA SANITARIA A LOS PRISIONEROS?**

- La parte que los retiene, pero pueden utilizar sanitarios prisioneros  
 La parte a la que sirven a través de los sanitarios prisioneros  
 El Comité Internacional de Cruz Roja y demás ONG,s  
 No lo recuerdo

**24) ¿QUÉ PROTECCIÓN TIENE EL PERSONAL AUXILIAR DE UN HOSPITAL?**

- La misma que los demás combatientes  
 La misma que los enfermeros pero distinta que los médicos  
 La misma que los demás profesionales sanitarios  
 No lo recuerdo

**25) ¿MÉDICOS Y ENFERMEROS TIENEN DISTINTA PROTECCIÓN?**

- Sí                       No                       No lo recuerdo

**26) ¿QUÉ INSTALACIONES SANITARIAS TIENEN LA PROTECCIÓN DE LA CONVENCION?**

- Las ambulancias y helicópteros identificados  
 Ambulancias y buques hospitalares identificados  
 Cualquier instalación sanitaria identificada  
 No lo recuerdo

**27) ¿LOS SANITARIOS PUEDEN TENER ARMAMENTO?**

- El individual y colectivo asignado a sus unidades  
 El individual para su exclusiva protección  
 El individual sin ninguna limitación  
 No lo recuerdo

## **EXPERIENCIA EN CAMPAÑA Y OPERACIONES INTERNAS E INTERNACIONALES**

**28) ¿EN CUÁNTAS CAMPAÑAS, OPERACIONES INTERNAS Y/O OPERACIONES INTERNACIONALES HA PARTICIPADO?**

- |                                  |   |
|----------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> 2 a 4                      |
| <input type="checkbox"/> 1       | <input type="checkbox"/> Más de 4 (indique cuantas) |

**29) ¿CUAL HA SIDO SU DESTINO?**

- Unidad militar operativa
- Hospital de campaña
- Los dos anteriores
- Estado Mayor, Unidades logísticas o administrativas

**30) EN LAS JORNADAS DE AMBIENTACIÓN PREVIAS HA HABIDO ALGUNA TEÓRICA DEDICADA LOS CONVENIOS DE GINEBRA?**

- Si                       No                       No lo recuerdo

**31) ¿REPASÓ, RELEYÓ O SIMPLEMENTE REFLEXIONÓ O REMEMORÓ LAS NORMAS DE LOS CONVENIOS DE GINEBRA Y SUS RESPONSABILIDADES COMO SANITARIO ANTES DE EMPRENDER EL VIAJE?**

- Si                       No                       No lo recuerdo

**32) ¿HA TENIDO OCASIÓN DE TRATAR PROFESIONALMENTE A ALGÚN PRISIONERO Y/O DETENIDO?**

- Si                       No                       No lo recuerdo

**33) ¿LOS PRISIONEROS Y/O DETENIDOS RECIBÍAN ASISTENCIA SANITARIA CORRECTA?**

- Si                       No                       No lo recuerdo

**34) ¿EXISTÍA ALGÚN PROTOCOLO DE TRATO FACULTATIVO A PRISIONEROS Y/O DETENIDOS)**

- Si                       No                       No lo recuerdo

**35) ¿ALGUNA VEZ RECIBÍÓ ORDEN O INDICACIÓN SOBRE LA FORMA DE RECONOCER O TRATAR PRISIONEROS O CIVILES?**

Si (en caso afirmativo indique cuales)       No       No lo recuerdo

**36) ¿ALGUNA VEZ RECIBÍÓ ORDEN O INDICACIÓN SOBRE LA FORMA DE TRATAR MÉDICAMENTE A LOS CIVILES?**

Si (en caso afirmativo indique cuales)       No       No lo recuerdo

**37) ALGUNA VEZ RECIBÍÓ ORDEN O INDICACIÓN SOBRE PRIORIDAD DE ASISTENCIA SANITARIA POR RAZÓN DE JERARQUÍA MILITAR**

Si (en caso afirmativo indique cuales)       No       No lo recuerdo

**38) EN LOS HOSPITALES HABÍA ALGÚN TRATO DIFERENTE A LOS CIVILES?**

Si (en caso afirmativo indique cuales)       No       No lo recuerdo

**39) ¿LOS ALOJAMIENTOS ERAN LOS MISMOS?**

Si                               No                               No lo recuerdo

**40) ¿CASO DE SER DISTINTOS, LA CALIDAD ERA SIMILAR?**

Si                               No                               No lo recuerdo

**41) ¿LAS COMIDAS ERAN IDÉNTICAS?**

Si                               No                               No lo recuerdo

**42) ¿CASO DE SER DISTINTAS, LA CALIDAD ERA LA MISMA?**

Si                               No                               No lo recuerdo

**43) REALICE UN COMENTARIO SOBRE LA APLICACIÓN DE LOS CONVENIOS DE GINEBRA PARA LA ASISTENCIA A HERIDOS, ENFERMOS Y PRISIONEROS Y EL TRATO Y CONSIDERACIÓN DEBIDA A LOS PROFESIONALES SANITARIOS EN CASO DE CONFLICTO ARMADO EN LAS FUERZAS ARMADAS DE SU PAÍS**