

# LA PROTECCION ESPECIAL DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR EL DERECHO INTERNACIONAL HUMANITARIO

Juan Manual Suárez del Toro Rivero  
Presidente de la Federación Internacional de  
Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna  
Roja y Presidente de la Cruz Roja Española

## SUMARIO

I. INTRODUCCION. II. LA PROTECCION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL ÁMBITO DEL I Y II CONVENIOS DE GINEBRA, PARA MEJORAR LA SUERTE QUE CORREN LOS HERIDOS, ENFERMOS Y NAUFRAGOS DE LAS FUERZAS ARMADAS EN CAMPAÑA. III. LA PROTECCION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y EL ESTATUTO DE LOS PRISIONEROS DE GUERRA. IV. LA PROTECCION DE LAS PERSONAS CIVILES CON DISCAPACIDAD EN LOS CONFLICTOS ARMADOS. V. LA PROTECCION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD COMO EFECTO DE LA UTILIZACION DE DETERMINADOS MEDIOS DE LA ACCION HOSTIL. 1. Las minas antipersonas. 2. Los restos explosivos de guerra. 3. Las municiones en racimo. VI. LA ASISTENCIA A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR EL MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA.

## I. INTRODUCCION

El primer principio, básico entre los fundamentales, del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja es el de Humanidad, caracterizado por la prevención y alivio del sufrimiento humano en todas las circunstancias, comprende la protección de la vida y la salud y el respeto a la persona humana.

Dice el Principio de Humanidad: *“El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, al que ha dado nacimiento la preocupación de prestar auxilio, sin discriminación, a todos los heridos en los campos de batalla, se esfuerza, bajo su aspecto internacional y nacional, en prevenir y aliviar el sufrimiento de la humanidad en todas las circunstancias. Tiende a proteger la vida y la salud, así como a hacer respetar a la persona humana. Favorece la comprensión mutua, la amistad, la cooperación y una paz duradera entre todos los pueblos”.*

En definitiva, proteger a la persona humana en todas las circunstancias es creer en la dignidad inherente al ser humano, que es incluso anterior a su reconocimiento legal, constituye el fundamento del orden social e integra el

núcleo irreductible de los derechos humanos que deben respetarse también en tiempo de conflicto armado.

Como se afirma en el Preámbulo de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (Nueva York, 13 de diciembre de 2006), para lograr la plena protección de las personas con discapacidad (en particular durante los conflictos armados y la ocupación extranjera), es indispensable que se den condiciones de paz y seguridad basadas en el pleno respeto de la Carta de las Naciones Unidas y se respeten los instrumentos vigentes en materia de derechos humanos.

Ya en la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos, Viena 1993, se había aprobado una Declaración y un Programa de Acción pidiendo a los Estados y a las demás partes en los conflictos armados la observancia estricta del Derecho Internacional Humanitario, ante las frecuentes violaciones que en la guerra afectan a la población civil y, en especial, a los **“inválidos” (personas con discapacidad)**.

El Derecho Internacional Humanitario o Derecho de Ginebra va dirigido a la protección de las víctimas de los conflictos armados, es decir, a la protección de los heridos, enfermos, náufragos, prisioneros de guerra, población civil y, por extensión, bienes culturales, bienes indispensables para la supervivencia de la población civil o medio ambiente natural. Nace con el Convenio de Ginebra de 1864 y, en la actualidad, se concreta en los cuatro convenios de Ginebra de 12 de agosto 1949, de aceptación universal (194 Estados), y en su dos Protocolos Adicionales de 1977, en cuya aplicación destacan las organizaciones humanitarias como el Comité Internacional de la Cruz Roja, la Federación Internacional y las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

Por otra parte, el artículo 11 (Situaciones de riesgo y emergencias humanitarias) de la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, dispone que los Estados Partes adoptarán, en virtud de las responsabilidades que les corresponden en particular según el Derecho Internacional Humanitario, todas las medidas necesarias para garantizar la seguridad y la protección de las **personas con discapacidad** en situaciones de riesgo, incluidas situaciones de conflicto armado, emergencias humanitarias y desastres naturales.

En este contexto humanitario no podían faltar normas internacionales establecidas para conceder **una protección especial a las personas con discapacidad** afectadas por los conflictos armados.

Así, la Norma 138 del Derecho Internacional Humanitario Consuetudinario, elaborada por el Comité Internacional de la Cruz Roja proclama: *Los ancianos, los inválidos y los enfermos mentales afectados por los conflictos armados tienen derecho a un respeto y protección especiales.* Y esta regla, asentada en la práctica de los Estados como costumbre internacional, es aplicable a todos los conflictos armados tanto a los que revisten carácter internacional como interno.

En la XXVII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (Ginebra, 1999) se aprobó por unanimidad el Plan de Acción que obliga a todas las partes en un conflicto armado a adoptar medidas efectivas para asegurarse de que, en la conducción de las hostilidades, se hace todo lo posible por preservar la vida, proteger y respetar a la población civil, con medidas de protección particulares para grupos especialmente vulnerables como las personas con discapacidad.

## **II. LA PROTECCION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD EN EL AMBITO DEL I Y II CONVENIOS DE GINEBRA, PARA MEJORAR LA SUERTE DE LOS HERIDOS, ENFERMOS Y NAUFRAGOS DE LAS FUERZAS ARMADAS EN CAMPAÑA**

### **A. LA PROTECCION EN LOS CONVENIOS DE GINEBRA**

La obligación de cuidar a los combatientes heridos o enfermos sin discriminación entre enemigos y fuerzas propias es una antigua norma del Derecho Internacional Humanitario, codificada desde el nacimiento de la Cruz Roja en 1864.

El artículo 12 del I (y también del II) Convenio de Ginebra de 1949 establece una declaración general de protección, de respeto en toda circunstancia, para heridos y enfermos y náufragos, pertenecientes a las Fuerzas Armadas en campaña o en la mar. El tratamiento se realizará con humanidad y sin discriminación alguna por razón de edad, sexo, raza, creencia religiosa, nacionalidad u opinión política.

Por lo que se refiere a los conflictos armados no internacionales, el artículo 3 común a los Convenios de Ginebra estipula que *Los heridos, los enfermos y los náufragos serán recogidos y asistidos*. Y esta asistencia está detallada en los artículos 7 y 8 del Protocolo II Adicional de 1977.

La Norma 110 del Derecho Internacional Humanitario Consuetudinario, basada en la práctica de los Estados, dispone que *Los heridos, los enfermos y los náufragos recibirán cuanto antes, en la medida de lo posible, los cuidados médicos que exija su estado. No se hará entre ellos ninguna distinción que no esté basada en criterios médicos*.

Así pues, la única prioridad es la urgencia médica. El Personal Sanitario aplicará el tratamiento con igualdad para todos con independencia de la procedencia del herido. Y está prohibido atentar contra la vida, los malos tratos y la tortura, hacer experimentación de cualquier tipo, el exterminio, la inasistencia médica o la exposición al contagio o infección premeditados.

La norma convencional de proteger y asistir a los heridos y enfermos es una obligación de conducta que se impone a todas las partes en conflicto. Y abarca el deber de permitir a las organizaciones humanitarias (en especial al Comité Internacional de la Cruz Roja) la prestación de sus servicios de protección y asistencia, no pudiendo ser denegado arbitrariamente su derecho de acceder a las víctimas.

## **B. LA AMPLICION DE LA PROTECCIÓN POR EL PROTOCOLO ADICIONAL I DE 1977**

Se adopta un criterio más amplio para garantizar y procurar mayor protección cualitativa y cuantitativamente. El artículo 8 contiene definiciones y establece las de herido y enfermo: Toda persona militar o civil, que a causa de enfermedad, traumatismo u otros trastornos o incapacidades de orden físico o psíquico, precise asistencia o cuidados médicos. Ha de abstenerse de realizar actos hostiles contra la Fuerza que le auxilia.

Se confiere la misma protección a otros grupos como: Mujeres embarazadas, Parturientas, Neonatos y **personas con discapacidad**. Es decir, se considera que la protección y atención debida a los heridos y enfermos deben concederse también a las personas con discapacidad y “a

*otras personas que puedan estar necesitadas de asistencia o cuidados médicos inmediatos, como los inválidos...y que se abstengan de todo acto de hostilidad” (art. 8, apartado a del Protocolo I Adicional).*

### **III. LA PROTECCION DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD Y EL ESTATUTO DE LOS PRISIONEROS DE GUERRA**

#### **A. PROTECCION GENERAL DEL PRISIONERO DE GUERRA**

El *III Convenio de Ginebra de 1949*, ratificado por España el 4 de julio de 1952, está dedicado exclusivamente al trato debido a los prisioneros de guerra. En él se regula el estatuto del prisionero, indicando quienes tienen derecho a ser considerados como tales, se dan normas relativas al comportamiento de los combatientes respecto al enemigo capturado, y se especifican las condiciones que deben reunir los campos de prisioneros en cuanto a alojamiento, alimentación, ropa, higiene, asistencia médica, incluyendo también aspectos relativos a régimen interior, disciplina, trabajo y a actividades culturales, religiosas y deportivas.

El artículo 16 de éste *III Convenio* establece el trato privilegiado que puedan recibir los prisioneros de guerra a causa de su estado salud o de su edad, circunstancias que pueden ser de aplicación a las personas con discapacidad.

Conforme al artículo 30 del mismo Convenio, *“los prisioneros de guerra gravemente enfermos o cuyo estado necesite tratamiento especial, intervención quirúrgica u hospitalización, habrán de ser admitidos en una unidad civil o militar calificada para atenderlos, aunque su repatriación esté prevista para breve plazo. Se darán facilidades especiales para la asistencia a los inválidos, en particular a los ciegos, y para su reeducación en espera de su repatriación”*

Completa el marco normativo internacional del sistema de protección determinadas disposiciones aplicables a los prisioneros, contenidas en el *Protocolo Adicional a los Convenios de Ginebra, relativo a la Protección de las Víctimas de los Conflictos Armados Internacionales, de 8 de junio de 1977.*

## **B. LA ORGANIZACION DEL CAMPO DE PRISIONEROS**

### **1. Ubicación**

Los campos de prisioneros deben estar en tierra firme y con garantías de higiene y salubridad, situados en las regiones que sean climatológicamente más similares a aquellas que están acostumbrados los prisioneros de guerra.

### **2. Infraestructura**

Los campos deberán estar dotados de una infraestructura mínima, con locales separados dedicados a dormitorios, duchas, aseos, cocinas, comedores y otros lugares reservados para el trabajo, el ocio, el culto o la atención sanitaria.

**a. Dormitorios.** Los locales dedicados a dormitorios deberán estar acondicionados de tal manera que garanticen unas condiciones higiénico-sanitarias equivalentes a las de las tropas propias acantonadas en la zona. La superficie total, el volumen mínimo de aire, el mobiliario y la ropa de cama estarán garantizadas, así como la ventilación directa, la iluminación y la calefacción si procede.

**b. Enfermería.** Según la capacidad del campo, ésta deberá disponer de las instalaciones necesarias que permitan la atención sanitaria de todo el personal del campo, como mínimo deberá disponer de una enfermería. Deberá disponer de un número de camas adecuado para atender a los posibles enfermos que requieran especiales cuidados o atenciones. También deberá estar provista de la correspondiente sala de reconocimiento para la revisión diaria de los que lo soliciten y además para atender a los reconocimientos médicos que obligatoriamente se deberán pasar a los prisioneros, a su ingreso en el campo, cuando sean evacuados o trasladados de él, y periódicamente durante su permanencia (como mínimo una revisión mensual).

### **3. Régimen interior del campamento**

**Normas sobre el Trato debido a los prisioneros.** Serán tratados con humanidad y sin discriminación alguna basada en su sexo, raza, nacionalidad u opinión política. No serán tratados con violencia, intimidación o insulto y no serán expuestos a la curiosidad pública. No se permiten mutilaciones o experiencias científicas o médicas no justificadas por razones médicas y siempre que éstas sean en favor del prisionero. Las mujeres serán tratadas en consideración a su sexo. Los prisioneros de guerra pueden ser internados, pero no confinados ni encerrados salvo por razones de necesidad para su salud o como sanción penal.

### **4. Régimen asistencial**

**a. Alimentación.** Dieta diaria suficiente en cantidad, calidad y variedad, teniendo en cuenta también las costumbres de los cautivos. Se prohíben las medidas disciplinarias o penales relativas a la comida.

**b. Asistencia médica.** Preferentemente los prisioneros serán atendidos por personal médico de la potencia de quien dependan y si es posible, de su nacionalidad. A tal fin se podrá emplear a prisioneros que, incluso sin haber sido agregados a los servicios sanitarios de sus fuerzas armadas, sean médicos, dentistas o enfermeros. Estos solo ejercerán funciones médicas en favor de los cautivos dependientes de la misma potencia que ellos. Se podrá retener a miembros del personal sanitario de las fuerzas armadas para asistir a los prisioneros, pero dicho personal no tendrá ésta consideración, aunque tendrán garantizadas al menos todas las ventajas y la protección del tercer convenio de Ginebra.

Se cuidará la higiene de los prisioneros proporcionándoles los medios e instalaciones necesarios. Se contará, como se ha dicho anteriormente, con una enfermería en cada campo. Los prisioneros que lo necesiten - por padecer afección contagiosa o deficiencia en su estado mental- serán aislados en locales a tal fin.

Se constituirán Comisiones Médicas Mixtas de tres miembros, dos de ellos pertenecientes a un país neutral que designará el Comité Internacional de la Cruz Roja, y el tercero designado por el Estado detenedor, que examinarán periódicamente a los prisioneros enfermos y heridos.

## **C. EL FIN DEL CAUTIVERIO: LA REPATRIACION**

### **1. Durante las hostilidades.**

Los prisioneros gravemente heridos o enfermos deben ser repatriados una vez estén en condiciones para ello. Las partes beligerantes pueden concretar acuerdos para la repatriación directa de los prisioneros de guerra en buen estado de salud que hayan padecido un largo cautiverio. En ningún caso puede ser un prisionero repatriado contra su voluntad durante las hostilidades.

En el Anejo I al III Convenio de Ginebra (Modelo de Acuerdo) se establecen los principios para la repatriación directa de los prisioneros de guerra que padezcan trastornos, resultantes de traumatismos como: Pérdida de un miembro, parálisis, trastornos articulares u otros, a condición de que se trate, por lo menos, de la pérdida de una mano o de un pié, o que sea equivalente según seguidamente se

detalla. También serán repatriados los prisioneros de guerra cuyo estado haya llegado a ser crónico, hasta el punto de que el pronóstico parezca excluir el restablecimiento dentro de año siguiente a la fecha de la herida (proyectil en el corazón, esquirla metálica en el cerebro o los pulmones, osteomielitis abocada al anquilosamiento de una articulación, heridas graves, lesión de los nervios periféricos y aparato urinario. Asimismo procederá la repatriación en los casos de enfermedades crónicas como tuberculosis, pleuresía, enfermedades graves de los órganos respiratorios, de la circulación, órganos digestivos, génito-uritarios, sistema nervioso central y periférico, neurovegetativo o hematopoyético, ceguera, trastornos auditivos, trastornos graves de las glándulas de secreción interna, intoxicaciones crónicas graves, enfermedades de los órganos locomotores, infecciosas o cutáneas, avitaminosis y todo neoplasma maligno.

En el mismo Anejo se detallan las enfermedades o padecimientos de los prisioneros de guerra que permiten su hospitalización en un país neutral. Los países beligerantes y los países neutrales harán lo posible por concretar acuerdos para el internamiento, hasta el final de las hostilidades de estos prisioneros de guerra en países neutrales, según el artículo 109 del III Convenio de Ginebra:

*“Podrán trasladarse a un país neutral aquellos prisioneros que sin reunir las condiciones de una repatriación directa se encuentren heridos, enfermos o hayan sufrido un largo cautiverio. Se designarán unas comisiones médicas mixtas para reconocer a los prisioneros cuyo estado de salud pueda justificar la repatriación o hospitalización en un país neutral”.*

## **2. Al término de las hostilidades.**

Los prisioneros de guerra serán liberados o repatriados sin demora, tras haber finalizado las hostilidades activas (art. 118 G III).

## **IV. LA PROTECCION DE LAS PERSONAS CIVILES CON DISCAPACIDAD EN LOS CONFLICTOS ARMADOS**

Los nuevos tipos de conflictos armados han significado un aumento creciente de las víctimas de la guerra pertenecientes a la población civil. En

una estadística repetida se indica que en la Primera Guerra Mundial el 14% de las víctimas fueron civiles, el porcentaje ascendió al 67% en la Segunda Guerra Mundial y en las guerras actuales puede afirmarse que son personas civiles el 90% de las víctimas.

Por ello, en 1949 se aprobó el IV Convenio de Ginebra, que es el más extenso de todos y ha sido ratificado por todos los Estados que integran la comunidad internacional. No obstante, la insuficiencia de sus normas ante el incremento de las víctimas civiles en las guerras de la post-guerra hizo necesaria la aprobación en 1977 de dos Protocolos Adicionales, relativos el primero a los conflictos internacionales y el segundo a los conflictos internos o no internacionales.

## **A. SISTEMAS DE PREVENCIÓN PARA DISMINUIR EL NÚMERO DE VICTIMAS**

Se trata de establecer una serie de medidas consistentes en otorgar un “*status*” protector a determinadas áreas o zonas geográficas bien determinadas.

Los artículos 14 y 15 del IV Convenio de Ginebra de 1949 y los artículos 59 y 60 de su Protocolo Adicional I de 1977, son las normas aplicables. La evolución convencional se caracteriza por la ampliación de las personas civiles que pueden encontrar protección en éstas zonas y por la simplificación de trámites para establecerlas, organizarlas y supervisarlas.

En las “**Zonas y localidades sanitarias y de seguridad**”, que pueden establecerse (unilateralmente o por convenio entre las Partes en conflicto) fuera del teatro de la guerra (al abrigo de las hostilidades) encuentran protección (además de los heridos y de los enfermos) los grupos mas vulnerables de la población civil, como los niños, ancianos, madres o **inválidos**.

En las “**Zonas neutralizadas**”, que pueden ser creadas por acuerdo entre los Jefes Militares de las Partes adversas donde tengan lugar los combates, quedan al abrigo de las hostilidades los heridos y los enfermos (sean o no combatientes), así como toda la población civil que no participe en las hostilidades y no contribuya al esfuerzo bélico del adversario.

Las “**Localidades no defendidas**” se determinan por una declaración unilateral que se refiere a localidades que se encuentren en la zona de operaciones y en ellas pueden encontrar refugio toda la población civil. Deben reunir como condiciones la evacuación de todos los combatientes, armas y equipo militar móvil, la inactividad de las instalaciones militares fijas, la ausencia de todo acto de hostilidad y de toda actividad que pueda contribuir al esfuerzo bélico.

Las “**Zonas desmilitarizadas**”, que pueden establecerse por acuerdo entre las Partes Adversas en regiones alejadas del lugar de los combates, deben reunir las mismas condiciones que las “*Localidades no defendidas*” y en ellas encuentran refugio las personas civiles que residan en la zona y los combatientes fuera de combate.

Pero esta tipología de las Zonas de protección no es un “*numerus clausus*”, por lo que es posible crear otras nuevas no expresamente reguladas por el Derecho Internacional Humanitario, como sucedió con la llamada “*Red Cross Box*” en la Guerra de las Malvinas.

## **B. PROTECCION DE HERIDOS, ENFERMOS Y NAUFRAGOS DE LA POBLACION CIVIL**

El Derecho Internacional Humanitario nació en 1864 para proteger a los heridos y enfermos combatientes, pero esta protección se extendió después de la Segunda Guerra Mundial a los heridos, enfermos y náufragos de la población civil. El IV Convenio de Ginebra de 1949 y sus Protocolos Adicionales de 1977 extendieron, en efecto, su ámbito protector a tales personas civiles como víctimas de la guerra y al personal sanitario y religioso, así como a los medios sanitarios fijos y móviles, transportes y suministros sanitarios.

Se otorga también la misma eficacia protectora a los símbolos de la cruz roja, de la media luna roja y del cristal rojo, utilizados para salvaguardar a los servicios sanitarios de la población civil.

Dispone el artículo 10 del IV Convenio de Ginebra que no se hará entre las personas civiles heridas o enfermas ninguna distinción que no esté basada en criterios médicos, prohibiendo expresamente el artículo 11, aunque medie consentimiento, las mutilaciones físicas, los experimentos médicos o científicos y

las extracciones de tejidos u órganos para trasplantes, salvo en casos justificados.

El artículo 16 del mismo Convenio establece que *“los heridos y los enfermos, así como los **inválidos** y las mujeres encintas, serán objeto de protección y de respeto particulares”*. Por otra parte, las partes *“harán lo posible para concertar acuerdos locales para la evacuación, desde una zona sitiada o cercada, de los heridos, de los enfermos, **de los inválidos**, de los ancianos, de los niños y de las parturientas, así como para el paso de ministros de todas las religiones, del personal y del material sanitarios con destino a esa zona”* (artículo 17).

Los traslados de heridos, enfermos, **inválidos** y de parturientas serán respetados y protegidos (artículo 21 del IV Convenio). En consecuencia, serán objeto de protección los transportes así como el personal y material sanitario, ya sean efectuados por tierra en convoyes de vehículos y trenes hospitales, por mar, en buques hospitales, embarcaciones costeras de salvamento y otras embarcaciones sanitarias, o por aire en aeronaves sanitarias.

Tales transportes se darán a conocer enarbolando, con autorización del Estado, el emblema de la Cruz Roja o de la Media Luna Roja sobre fondo blanco. Serán asimismo respetadas y no atacadas las aeronaves exclusivamente empleadas para el traslado de los heridos y de los enfermos civiles, **de los inválidos** y de las parturientas (artículo 22 del mismo Convenio).

### **C. CAMPOS DE INTERNAMIENTO DE CIVILES**

El régimen de los campos o lugares de internamiento de civiles está minuciosamente regulado en analogía con los campos de prisioneros de guerra. Así se determinan los lugares de internamiento, la asistencia al internado, las comunicaciones con las Autoridades y con el exterior, el sistema de información (Agencia Central), la liberación, repatriación y evacuación a países neutrales.

El régimen del internamiento está desarrollado con cierto detenimiento, incluyendo reglas sobre:

1º. Lugares de internamiento, que deberán estar emplazados en regiones que no sean regiones malsanas o donde el clima sea pernicioso para la salud.

2º. Asistencia al internado, con normas detalladas sobre alojamiento

(separados de los prisioneros de guerra y de las personas privadas de libertad por otras causas), higiene, alimentación y vestuario, asistencia médica y religiosa, actividades intelectuales y físicas y propiedad personal y recursos financieros.

Por lo que se refiere a la asistencia médica, cada lugar de internamiento poseerá una enfermería adecuada, colocada bajo la autoridad de un médico calificado, donde los internados reciban la asistencia necesaria, así como un régimen alimenticio apropiado. Se reservarán locales aislados para los que padezcan enfermedades contagiosas y mentales, debiéndose efectuar, al menos una vez al mes, inspecciones médicas a los internados.

3º. Relaciones con el exterior, en el sentido de que deberán ser informados de los derechos y obligaciones que les asisten durante el internamiento, debiéndose comunicar tal circunstancia tanto a la potencia de la que sean súbditos como a la potencia protectora, teniendo derecho a enviar una tarjeta de internamiento a su familia y a la Agencia Central para informarles sobre su dirección y estado de salud (a lo más tarde, una semana después de su llegada), así como a mantener correspondencia, recibir alimentos, ropas, medicamentos y libros, y a recibir visitas de sus familiares a intervalos regulares de tiempo.

4º. Traslados. Los internados enfermos, heridos o **inválidos**, así como las parturientas, no serán trasladados mientras su estado de salud corra peligro a causa del viaje, a no ser que lo requiera imperativamente su seguridad.

5º. Liberación, repatriación y evacuación a países neutrales de ciertas categorías de internados (como los heridos o enfermos), estableciéndose la obligación de poner en libertad a los internados tan pronto como dejen de existir los motivos de su internamiento, que cesará lo más rápidamente posible al término de las hostilidades.

#### **D. SUPUESTOS ESPECIALES**

El Derecho Internacional Humanitario determina una protección especial para determinados grupos de personas particularmente vulnerables como los niños menores de quince años. Así se prohíbe reclutarlos y que participen directamente en las hostilidades. Actualmente se ha aprobado en el año 2000 (y ratificado por España) el Protocolo Facultativo a la Convención de los Derechos del Niño, que eleva esta edad hasta los 18 años.

Las mujeres reciben asimismo una protección especial como tales mujeres y además como mujeres encintas, parturientas y lactantes.

## **E. ACCIONES DE APOYO A LA POBLACION CIVIL**

### **1. Los servicios de Protección civil**

El Derecho Internacional Humanitario contiene las normas que determinan el estatuto de los Servicios de Protección Civil en caso de conflicto armado. Sus funciones son muy variadas, tales como apagar fuegos, recoger heridos, enterrar muertos, construir refugios, servicio de transporte o reparar las infraestructuras de agua o energía dañadas.

Los miembros civiles y organismos de Protección Civil tienen una protección específica del Derecho Internacional Humanitario contra los efectos de las hostilidades.

### **2. Acciones de socorro**

El IV Convenio de Ginebra y su Protocolo I Adicional establecen las garantías de las acciones o expediciones de socorro en territorio ocupado o bajo control adverso, que no pueden ser arbitrariamente impedidas por el Estado, que tiene la obligación de socorrer y asistir a la población civil en su poder. Las normas humanitarias, al tiempo, reconocen el derecho de las víctimas a recibir socorros y el de las organizaciones humanitarias a proporcionarlos.

En la distribución de los envíos de socorro se dará prioridad a aquellas personas que, como los niños, mujeres encinta, mujeres que hayan dado a luz recientemente y madres lactantes, gozan de trato privilegiado o especial protección de acuerdo con el IV Convenio o en el Protocolo I Adicional.

## **V. LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FRENTE A LAS ARMAS INDISCRIMINADAS**

### **INTRODUCCIÓN**

Tradicionalmente el DIH ha establecido limitaciones y prohibiciones en el uso de determinadas armas. Aparece primero en el tiempo la reacción normativa contra las armas que causan daños excesivos, superfluos o sufrimientos innecesarios, en la que la preocupación humanitaria se dirige a la protección de los combatientes. Posteriormente, la necesidad de proteger a la población civil, promoverá la prohibición de las armas que no distinguen entre combatientes y población civil, es decir las armas indiscriminadas. Pero los conflictos actuales no se caracterizan por el uso de armas químicas, biológicas o nucleares, ni siquiera por el empleo de grandes sistemas de armas pesadas, aunque todas ellas tengan efectos indiscriminados. En la mayoría de los conflictos son las minas antipersonal, las municiones en racimo y los restos explosivos de guerra, los que producen el mayor impacto humanitario en la población civil, porque trascienden a los acuerdos de paz, prolongan los periodos posconflicto y continúan sus efectos durante muchas generaciones.

La protección de las personas con discapacidad frente a estas armas indiscriminadas, ha experimentado a lo largo de las sucesivas normas humanitarias, que vamos a analizar seguidamente, una evolución lenta pero muy positiva, como tendremos ocasión de comprobar.

### **1. LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FRENTE A LAS MINAS ANTIPERSONAL**

La Convención de 1980 sobre prohibiciones o restricciones del empleo de ciertas armas convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados se firmó bajo los auspicios de las Naciones Unidas, lo cual la diferencia, en cierta medida, de otros tratados de derecho humanitario, incluidos los Protocolos Adicionales de 1977. Entre otras

consecuencias, podemos observar la falta de disposiciones concretas en materia de protección a las personas con discapacidad. En efecto, el Protocolo II sobre prohibiciones o restricciones del empleo de minas, armas trampa y otros artefactos se limita a establecer en su artículo 3.4 que: “Se tomarán todas las precauciones viables para proteger a las personas civiles de los efectos de las armas a las que se aplica el presente artículo”. De la redacción del citado artículo se desprende la dificultad de incluir, entre las “precauciones” a exigir, medidas asistenciales de protección de los afectados, aunque tales medidas fueran genéricas. El 3 de mayo de 1996, se introducen en el Protocolo determinadas enmiendas que no aportan nada relevante sobre la asistencia a las víctimas.

Un paso importante se da, sin embargo, un año después con la adopción de la Convención de Ottawa de 1997, sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción. La Convención es un texto híbrido, basado tanto en el derecho internacional humanitario como en el derecho internacional del desarme, pero su propósito es exclusivamente humanitario, como señalan las primeras palabras del preámbulo de la Convención, al declarar que sus Estados Parte están decididos a “poner fin al sufrimiento y las muertes causadas por las minas antipersonal, que matan o mutilan a cientos de personas cada semana, en su mayor parte civiles inocentes e indefensos, especialmente niños, ..... ” y “desean” “realizar sus mejores esfuerzos en la prestación de asistencia para el cuidado y rehabilitación de las víctimas de minas, incluidas su reintegración social y económica”.

En el texto articulado, la Convención deja, no obstante, mucho que desear en el terreno de la concreción, puesto que en el artículo 6, titulado “Cooperación y asistencia internacionales,” el “deseo” expresado en el preámbulo se convierte en una vaga obligación de los Estados Parte que “estén en condiciones de hacerlo”, a proporcionar asistencia para el cuidado y rehabilitación de víctimas de minas, y su integración social y económica. Esta asistencia puede ser otorgada, inter alia, por el conducto del Sistema de las Naciones Unidas, organizaciones o instituciones internacionales, regionales o

nacionales, el Comité Internacional de la Cruz Roja y las Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja y su Federación Internacional, organizaciones no gubernamentales, o sobre la base de acuerdos bilaterales.

En la misma línea de ambigüedad, en el citado artículo se habla de un Programa Nacional de Desminado desglosado en siete apartados, uno de los cuales se refiere genéricamente a la “asistencia a las víctimas de las minas”, para cuya elaboración los Estados Parte podrán solicitar apoyo a las Naciones Unidas, a las organizaciones regionales, a otros Estados Parte o a otros foros intergubernamentales o no gubernamentales competentes.

Una de las primeras medidas adoptadas por los Estados Partes, en particular en el seno del *Comité Permanente de Asistencia a las Víctimas y Reintegración Socioeconómica*, prevista su creación en la Convención, fue clarificar la terminología que es esencial para el cumplimiento del objetivo de prestar asistencia a las víctimas de las minas terrestres, en particular los términos "víctima" y "asistencia a las víctimas".

En la actualidad es de aceptación general que el término "víctima" incluye a las personas que han sufrido, de manera individual o colectiva, daños físicos o psicológicos, pérdidas económicas o un menoscabo considerable de sus derechos fundamentales a causa de actos u omisiones relacionados con el empleo de minas. La interpretación amplia de lo que se considera una víctima de las minas terrestres ha cumplido su propósito al poner de relieve todo el espectro de males causados por las minas terrestres y los artefactos sin estallar. Sin embargo, lógicamente, los esfuerzos se han concentrado en su mayor parte en prestar asistencia a las personas que han sufrido directamente el impacto de las minas. Estas personas tienen necesidades específicas de asistencia de emergencia y atención médica continua, de rehabilitación y de reintegración, y es preciso aplicar una legislación y una política que protejan sus derechos.

La labor del citado Comité Permanente de Asistencia a las Víctimas y Reintegración Socioeconómica produjo asimismo buenos resultados en el terreno de que los Estados cobrasen mayor conciencia de los derechos y las necesidades específicos de las víctimas de las minas terrestres dando una clara orientación sobre el lugar que ocupa la asistencia a las víctimas de las minas en ámbitos más amplios. Las personas directamente afectadas por las minas constituyen un subgrupo dentro de colectivos más grandes de personas que han sufrido lesiones o que padecen discapacidades.

Sin embargo, el verdadero esfuerzo por dar un contenido serio a la asistencia a las víctimas se produce en la primera Conferencia de Examen de la Convención sobre la prohibición de las minas antipersonal, la "Cumbre de Nairobi para un Mundo Libre de Minas", celebrada en Nairobi, Kenya, del 29 de noviembre al 3 de diciembre de 2004. El informe final de la Conferencia consta, entre otros documentos, de los siguientes:

- Un examen sobre el funcionamiento y estado de la Convención en el que se analiza muy prolijamente la asistencia a las víctimas de las minas terrestres.
- Una serie de anexos entre los que nos interesan sobremanera el anexo V que proporciona datos sobre las cifras anuales de víctimas de las minas y el anexo VI que expone los problemas con que tropiezan los Estados Partes que tienen un número considerable de víctimas de minas terrestres, y sus planes para resolver estos problemas, adelantos y prioridades de asistencia.
- Un Plan de Acción que contiene las estrategias a adoptar en el quinquenio 2005-2009, agrupadas en 70 medidas, de las cuales 10 de esas medidas atañen directamente a la asistencia a las víctimas.

El *examen sobre el funcionamiento y estado de la Convención* es un documento esencial para poder analizar los puntos clave sobre los que diseñar las futuras estrategias para proteger eficazmente a las personas con discapacidad. En este documento se recoge el grado de conciencia que se ha ido adquiriendo y un estado de opinión común de la comunidad internacional

del que se beneficiaran otros tratados, como la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, o la Convención que prohíbe las municiones en racimo de 3 de diciembre de 2008.

Se ha comprendido mejor los elementos que engloba la "asistencia a las víctimas", que ha llevado a un reconocimiento de las siguientes prioridades:

- *Comprensión de la gravedad del problema;*
- *Atención médica de emergencia y continua;*
- Servicios de rehabilitación física, incluidos los de fisioterapia, ortopedia y aparatos auxiliares;
- *Apoyo psicológico y reinserción social;*
- *Reinserción económica;*
- *Establecimiento, imposición y aplicación de la legislación y las políticas públicas pertinentes.*

Los Estados han tomado conciencia del valor y de la necesidad de contar con *datos exactos* y al día sobre el número de nuevas víctimas de las minas terrestres, el número de supervivientes y sus necesidades concretas y la amplitud y la calidad de los servicios que se ocupan de sus necesidades, o la falta de dichos servicios, con miras a aprovechar los exiguos recursos con la máxima eficacia. Los Estados consideran hoy en día que la asistencia médica de emergencia comprende la prestación de *primeros auxilios*. La formación en primeros auxilios en las colectividades afectadas ha contribuido a reducir las tasas de mortalidad porque ha permitido atender a las víctimas con celeridad tras los accidentes.

La *rehabilitación física* es indispensable para alcanzar el objetivo último de la plena reintegración de las víctimas de las minas terrestres. Este aspecto comprende la prestación de servicios de rehabilitación y fisioterapia y el suministro de aparatos ortopédicos y dispositivos auxiliares, como sillas de rueda y bastones, para promover el bienestar físico de los supervivientes que hayan perdido miembros o hayan sufrido lesiones abdominales, torácicas o

vertebrales, pérdida de vista o sordera a causa de las minas. Ello supone que la coordinación entre todos los agentes interesados será fundamental para mejorar los resultados. De ahí que los Estados Partes deban auspiciar los procesos que fomenten la cooperación, la colaboración y la eficiencia.

El *apoyo psicológico y la reinserción social* son actividades que ayudan a las víctimas de las minas a superar el trauma psicológico de la explosión de minas y promueven su bienestar social. Un apoyo psicosocial apropiado ofrece la posibilidad de un cambio considerable en la vida de las víctimas de las minas.

La *reinserción económica* supone la ejecución de programas de asistencia que mejoren la situación económica de las víctimas en las colectividades afectadas por las minas por medio de la educación, el desarrollo económico de las infraestructuras comunitarias y la creación de oportunidades de empleo.

Los Estados *deben poner más empeño en el cumplimiento de sus responsabilidades para con las víctimas y debe hacerse más hincapié en proporcionar la asistencia que sea necesaria a estos Estados.*

Por último, del *Plan de acción de Nairobi*, cuyas medidas, como se ha dicho, cubren el periodo 2005-2009, nos interesa destacar las que se proponen mejorar los servicios de atención de la salud necesarios para atender las necesidades médicas inmediatas y continuas de las víctimas de las minas, aumentar la capacidad nacional de rehabilitación física formulando y persiguiendo los objetivos de un plan de rehabilitación multisectorial, desarrollar la capacidad para atender las necesidades de apoyo psicológico y social de las víctimas de las minas, incluidas sus familias y comunidades, apoyar activamente la reintegración económica de las víctimas de las minas, integrando dichos esfuerzos en el contexto más general del desarrollo económico, velar por que los marcos jurídicos y normativos nacionales se ocupen efectivamente de las necesidades y de los derechos humanos fundamentales de las víctimas de las minas, crear o mejorar las capacidades

nacionales de reunión de datos sobre las víctimas de las minas, velar por que en todas las actividades de asistencia a las víctimas se preste especial atención a las cuestiones de edad y género y a las víctimas de las minas que estén sometidas a múltiples formas de discriminación, y prestar asistencia oportuna a los Estados que tengan necesidades de apoyo externo, atendiendo a las prioridades de asistencia señaladas anteriormente.

## **2. LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FRENTE A LOS RESTOS EXPLOSIVOS DE GUERRA**

El 28 de noviembre de 2003, los Estados Partes en la Convención de 1980 sobre prohibiciones o restricciones del empleo de ciertas armas convencionales que puedan considerarse excesivamente nocivas o de efectos indiscriminados, aprobaron un nuevo protocolo sobre restos explosivos de guerra que constituye el primer tratado multilateral en el que se contemplan, amplia pero genéricamente, los problemas que plantean los artefactos sin estallar y los artefactos explosivos abandonados.

A diferencia del Protocolo II, ya comentado, El Protocolo V consta de un corto preámbulo en el que se fija como objetivo a conseguir el establecimiento de medidas correctoras de carácter genérico después de los conflictos, para reducir al mínimo los riesgos y *efectos* de los restos explosivos de guerra. Esta finalidad se plasma en su Artículo 7, *Asistencia respecto de los restos explosivos de guerra existentes* y en su artículo 8, *Cooperación y asistencia*, cuyos textos reproducen prácticamente las disposiciones sobre la materia de la Convención de 1977, ya reseñada, lo que a nuestro juicio supone un paso adelante muy positivo puesto que se ha logrado una interacción entre el derecho humanitario procedente de Naciones Unidas y el que tradicionalmente se impulsa desde otros foros.

Se prescribe el derecho a pedir y recibir, cuando proceda, asistencia de otras Altas Partes Contratantes, de otros Estados no partes y de las organizaciones e instituciones internacionales competentes para hacer frente a los problemas creados por los restos explosivos de guerra y la obligación de

proporcionar asistencia para hacer frente a los problemas creados por los restos explosivos de guerra, incluida la rehabilitación y la reintegración social y económica de las víctimas, si bien derechos y obligaciones vienen expresados de una forma muy atemperada. Al propio tiempo, se recuerda a los Estados Parte los objetivos humanitarios del Protocolo.

Su principal problema de aplicación reside en su irretroactividad, con lo que deja sin solucionar la asistencia a las víctimas de conflictos ocurridos con anterioridad a su entrada en vigor.

### **3. LA PROTECCIÓN DE LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD FRENTE A LAS MUNICIONES EN RACIMO**

Podemos sin duda sentirnos muy satisfechos con la firma de la Convención sobre municiones en racimo, hecha en Oslo el 3 de diciembre de 2008. No solamente es una prueba de que el Derecho Internacional Humanitario permanece vivo y pujante, y evoluciona adelantándose incluso a los problemas humanitarios, puesto que es un tratado sobre todo de carácter preventivo y su entrada en vigor amortizará el riesgo potencial que suponen los cientos de miles de submuniciones almacenadas, sino que el Convenio contiene avances muy sustanciales en materia de asistencia a las víctimas que vamos a tratar de sintetizar:

Su preámbulo, muy extenso, es una verdadera declaración de intenciones en el que destacamos la importancia dada a los derechos de las personas con discapacidad.

El texto final que salió de la Conferencia diplomática de Dublín el 30 de mayo de 2008 ha sido muy bien acogido por haber logrado un equilibrio entre posturas extremas muy difíciles de conciliar, y mantener al propio tiempo los elementos claves humanitarios, sin cuya presencia la Convención hubiera quedado desnaturalizada. Aunque, lo que posiblemente recibirá las mejores críticas, serán sin duda las previsiones en materia de asistencia a las víctimas, contenidas principalmente en su artículo 5, en conexión con el artículo 6

“cooperación y asistencia internacional” y el artículo 7 “medidas de transparencia”.

En primer lugar la responsabilidad de los Estados se circunscribe a *áreas bajo su responsabilidad o control* y se referencia en el *Derecho Internacional Humanitario y el de Derecho Internacional de Derechos Humanos aplicables*, y se concreta en:

- Proporcionar adecuadamente asistencia que responda a la edad y género, incluida atención médica, rehabilitación, y apoyo psicológico, además de proveer los medios para lograr su inclusión social y económica.
- Hacer todo lo posible por recopilar datos pertinentes y fiables relativos a las víctimas de municiones en racimo.

En cumplimiento de sus obligaciones cada Estado Parte deberá:

- (a) *Evaluar las necesidades* de las víctimas de municiones en racimo;
- (b) *Desarrollar, implementar y hacer cumplir todas las leyes y políticas nacionales* necesarias;
- (c) *Desarrollar un plan nacional y un presupuesto, incluidas estimaciones del tiempo necesario para llevar a cabo estas actividades*, con vistas a incorporarlos en los marcos y mecanismos nacionales existentes de discapacidad, desarrollo y derechos humanos, siempre respetando el papel y contribución específicos de los actores pertinentes;
- (d) Adoptar medidas para *movilizar recursos nacionales e internacionales*;
- (e) *No discriminar a las víctimas de municiones en racimo, ni establecer diferencias entre ellas, ni discriminar entre víctimas de municiones en racimo y aquéllos que han sufrido lesiones o discapacidades por otras causas*; las diferencias en el trato deberán basarse únicamente en las necesidades médicas, de rehabilitación, psicológicas o socioeconómicas;
- (f) *Consultar estrechamente e involucrar activamente a las víctimas de municiones en racimo y a las organizaciones que las representan*;
- (g) Designar un *punto de contacto dentro del Gobierno para coordinar los*

asuntos relativos a la implementación de este Artículo;

(h) Esforzarse por *incorporar directrices pertinentes y mejores prácticas* en las áreas de atención médica, rehabilitación y apoyo psicológico, así como inclusión social y económica, entre otras.

La formulación de un *Plan Nacional* se detalla y complementa con un *presupuesto* y una *estimación del tiempo necesario para su puesta en práctica*. Cada Estado Parte podrá, solicitar a las Naciones Unidas, a las organizaciones regionales, a otros Estados Parte o a otras instituciones intergubernamentales o no gubernamentales competentes que presten asistencia a sus autoridades para determinar:

(a) La naturaleza y alcance de los restos de municiones en racimo localizados en áreas bajo su jurisdicción o control;

(b) Los recursos financieros, tecnológicos y humanos necesarios para la ejecución del plan;

....

(e) Asistencia a las víctimas de municiones en racimo; y

(f) La relación de coordinación entre el Gobierno del Estado Parte en cuestión y las entidades gubernamentales, intergubernamentales o no gubernamentales pertinentes que hayan de trabajar en la ejecución del plan.

Como dice Peter Herby, cuando se aplique, el Convenio beneficiará directamente a las comunidades afectadas, y se harán mayores esfuerzos para prestar atención médica y de rehabilitación física a las víctimas. Y lo que es muy importante: el Convenio puede evitar grandes sufrimientos humanos si se logra que cientos de miles de submuniciones no se utilicen y se destruyan.

## **VI. LA ASISTENCIA A LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD POR EL MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y DE LA MEDIA LUNA ROJA**

### **1. EL MOVIMIENTO INTERNACIONAL DE LA CRUZ ROJA Y MEDIA LUNA ROJA**

Como punto de partida, resulta necesario explicar muy brevemente qué es el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, sus distintos componentes y el mandato de cada uno de estos.

El Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja es, según sus Estatutos, una organización humanitaria cuya misión es prevenir y aliviar, en todas las circunstancias, el sufrimiento humano; proteger la vida y la salud y hacer respetar a la persona humana, en particular en tiempo de conflicto armado y en otras situaciones de urgencia; tratar de prevenir las enfermedades y promover la salud y el bienestar social; fomentar el trabajo voluntario y la disponibilidad de los miembros del Movimiento, así como un sentimiento universal de solidaridad para con todos los que tengan necesidad de su protección y de su asistencia.

Está integrado por diferentes componentes, todos ellos guiados por los mismos Principios Fundamentales: humanidad, imparcialidad, neutralidad, independencia, voluntariado, unidad y universalidad. Tales componentes son los siguientes:

#### **Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)**

Es una organización imparcial, neutral e independiente. Tiene la misión exclusivamente humanitaria de proteger la vida y la dignidad de las víctimas de la guerra y de la violencia interna, y de prestarles asistencia. Dirige y coordina las actividades internacionales de socorro del Movimiento en situaciones de conflicto. Procura, asimismo, prevenir el sufrimiento, promoviendo y

fortaleciendo el derecho humanitario y los principios humanitarios universales. Creado en 1863, el CICR dio lugar al nacimiento del Movimiento Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja.

### **Federación Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR)**

Fundada en 1919, su misión consiste en inspirar, facilitar y promover las actividades humanitarias que desarrollan las Sociedades Nacionales para mejorar la situación de las personas más vulnerables, en base a los Principios del Movimiento de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. La Federación dirige y coordina la asistencia internacional del Movimiento a las víctimas de desastres naturales y tecnológicos, a los refugiados y a los afectados por emergencias sanitarias. Actúa como representante oficial de sus Sociedades miembros en el entorno internacional. Promueve la cooperación entre las Sociedades Nacionales y contribuye a fortalecer su capacidad para llevar a cabo programas eficaces de preparación para desastres, salud y asistencia social.

### **Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (SN)**

Las Sociedades Nacionales actúan como auxiliares de los poderes públicos de sus propios países en el campo humanitario y realizan distintos tipos de actividades en función de las necesidades del entorno donde radican, entre las que se incluyen el socorro en casos de desastre y los programas sanitarios y sociales. Actualmente, hay 186 Sociedades Nacionales de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja desarrollando sus actividades humanitarias en otros tantos países.

En este trabajo hablaremos de las actividades asistenciales dirigidas a las personas con discapacidad como consecuencia de un conflicto armado, por lo tanto, nos centraremos en la acción del Comité Internacional de la Cruz Roja dirigida hacia este colectivo de víctimas de la guerra, pues como ya se ha indicado, forma parte del mandato de esta organización la protección y

asistencia a las víctimas de los conflictos armados y de las situaciones de violencia interna, con independencia de que los restantes componentes (FICR y SN) colaboren en estos programas dirigidos por el CICR.

## **2. NECESIDADES ASISTENCIALES DE LAS VÍCTIMAS**

Aunque en la actualidad es prácticamente imposible cuantificar el número de personas con discapacidad como consecuencia de los efectos de la guerra (minas, municiones en racimo, restos explosivos de guerra. etc) las necesidades particulares de las víctimas se han identificado claramente. Como confirma la Campaña Internacional para la Prohibición de las Minas (ICBL) en lo que respecta a las necesidades físicas, un accidente de mina terrestre o de munición sin estallar puede ocasionar varias heridas a una persona, inclusive la pérdida de miembros; heridas en el abdomen, el pecho o la espalda (columna vertebral); ceguera; sordera; y traumas psicológicos menos visibles. No sólo afecta a las víctimas directas, que resultan heridas o muertas a consecuencia del mismo, sino también a sus familias. No obstante, si bien la discapacidad es permanente en la mayoría de los casos, las limitaciones físicas asociadas a la misma pueden reducirse con un tratamiento apropiado.

Las heridas de mina y restos explosivos de guerra requieren atención médica específica: primeros auxilios (cortar la hemorragia, transfusión intravenosa, antibióticos); cuidados preoperatorios (registro de información, limpieza de las heridas, análisis de sangre); cirugía (injertos de piel, colocación de escayolas o amputaciones); anestesia; cuidados de enfermería; fisioterapia; personal especializado; equipo hospitalario, material médico y medicamentos; sangre para transfusiones, y material didáctico.

Aunque las heridas físicas provocadas por las minas terrestres y los restos explosivos de guerra pueden ser terribles, los efectos psicológicos y sociales son igualmente importantes. La víctima experimenta grandes dificultades en sus relaciones con los demás y en la vida cotidiana, y en muchos casos debe hacer frente a la estigmatización social, al rechazo y al desempleo.

Sobrevivir a la explosión de una mina terrestre supone mucho más que superar una pérdida física, que se ha equiparado a la pérdida de un cónyuge o de un hijo. Además, la sociedad agrava con frecuencia el trauma de múltiples formas: culpando a la propia víctima, expresando temores supersticiosos, mostrándose horrorizada ante la visión de un cuerpo mutilado, y considerando a la víctima, ya traumatizada, una persona inferior en todos los aspectos. Por consiguiente, además de precisar asistencia médica para poder sobrellevar una discapacidad permanente, las víctimas de minas terrestres también necesitan apoyo moral para reintegrarse en la sociedad, que en muchos casos les rechaza.

### **3. ACCION DEL CICR EN RELACIÓN CON LAS PERSONAS CON DISCAPACIDAD**

Tras la Segunda Guerra Mundial, el CICR comenzó a realizar actividades de rehabilitación física en diversos países, como Argelia, Egipto, Finlandia, Hungría, Israel, Nigeria y Vietnam. Inicialmente, recurría a empresas especializadas que fabricaban prótesis con tecnologías y materiales importados de países industrializados. Más tarde, en los años 1970, el CICR y la Organización Mundial de la Salud iniciaron, en Yemen, un programa destinado a fabricar las prótesis en el país, a fin de evitar importaciones costosas. En 1979, el CICR comenzó un programa para la rehabilitación física de víctimas de guerra. Desde entonces, ha realizado o colaborado con 87 proyectos de rehabilitación (por ejemplo, mediante la creación de centros de rehabilitación física) en 36 países. En la actualidad, el programa de rehabilitación física del CICR se lleva adelante en 23 países, donde la Institución presta apoyo a 63 centros de rehabilitación y a dos fábricas que producen componentes para prótesis y órtesis. El 5 de enero de 2009, se inauguró un nuevo Centro de Rehabilitación, al sur de Sudán, cuyo objetivo es prestar asistencia a más de 35.000 personas de esa región, que tienen lesiones discapacitantes como consecuencia de la guerra civil, que finalizó en 2005 tras más de 20 años de

hostilidades entre el los rebeldes del Movimiento de Liberación del Pueblo de Sudán y el gobierno sudanés.

El 75% de los proyectos se realiza en estrecha colaboración con las autoridades sanitarias de cada país, dado que, normalmente, la rehabilitación física forma parte de los programas nacionales de salud. El CICR también desarrolla otros proyectos, solo o en colaboración con las SN, con la FICR o con ONG locales. Desde 1979, cientos de miles de personas han recibido prótesis u órtesis y servicios de rehabilitación.

Inicialmente, la ayuda del CICR se destinaba a las víctimas directas de la guerra (personas heridas por minas, municiones sin estallar, bombas, etc.), pero hoy la asistencia se extiende a todas las víctimas, tanto directas como indirectas. El objetivo fundamental del programa de rehabilitación física del CICR es ayudar a las personas con discapacidad afectadas por un conflicto armado a reintegrarse tanto en el ámbito social como económico de la comunidad, no sólo durante el lapso en que el CICR brinda su asistencia sino también en el período posterior. En este sentido, la mayor parte de los programas exigen la asistencia permanente del CICR durante varios años, antes de que el socio local logre ser autónomo tanto en el aspecto tecnológico como en materia de gestión. A menudo, resulta particularmente difícil alcanzar la autonomía económica, dado que la rehabilitación física no suele ser un tema prioritario de los programas de salud en los países donde el CICR realiza actividades. Sin embargo, es fundamental que estos proyectos sigan respondiendo a las necesidades de las personas con discapacidad después de que el CICR se retira, ya que esas personas necesitarán reemplazar y hacer reparar las prótesis de por vida.

El CICR proporciona tres tipos de asistencia: técnica, económica y educativa.

**a) Asistencia técnica:**

- utilización de tecnología de buena calidad pero económica, a fin de reducir los costos de funcionamiento de los centros. Éste es un factor clave, dado que,

en una etapa posterior, la gestión de los proyectos se transfiere a los socios locales;

- ayuda a los socios locales en la elaboración de protocolos de tratamiento de pacientes que garanticen la prestación de servicios de alta calidad;
- presencia de colaboradores expatriados que prestan apoyo al personal nacional en los centros de rehabilitación física.

Dada la imposibilidad de importar los componentes necesarios para fabricar las prótesis a precios accesibles, el CICR comenzó a producir sus propios componentes de polipropileno. Inicialmente, se utilizaron los materiales disponibles en el mercado local, pero, a partir de 1990, el CICR adoptó el termoplástico como material principal. Durante muchos años, los componentes se fabricaron a nivel local, pero actualmente, gran parte del material utilizado en los proyectos auspiciados por la Institución se produce en Suiza. El CICR decidió reducir su apoyo a la producción local de prótesis a fin de concentrar sus recursos en el refuerzo de las capacidades y en la prestación de servicios de rehabilitación personalizados y de larga duración para los pacientes. La técnica de fabricación del CICR, basada en el polipropileno, ha sido verificada por la Sociedad Internacional de Prótesis y Órtesis (SIPO) y adoptada por otras organizaciones que prestan servicios de rehabilitación física. Actualmente, funcionan centros de fabricación de prótesis en Afganistán y Camboya.

**b) Asistencia económica:**

- donación de materias primas, materiales y componentes;
- reembolso a los centros por los servicios prestados;
- ayuda para facilitar el acceso de los pacientes a los centros (por ejemplo, mediante servicios de transporte o alojamiento);
- construcción y renovación de infraestructura.

**c) Asistencia educativa:**

- capacitación profesional de los colaboradores nacionales en el marco de los proyectos auspiciados por el CICR;

- becas que permiten al personal participar en los programas de formación reconocidos a nivel nacional o internacional.

La importancia de la capacitación se ha acentuado con el paso de los años, dado que la continuidad de los proyectos no depende sólo de los factores económicos, sino también de la disponibilidad de personal capacitado en los servicios que se prestan y en la gestión de las actividades de los centros de ortopedia. Esta capacitación está estructurada en cuatro niveles: formación práctica, cursos de actualización de conocimientos, cursos de perfeccionamiento y enseñanza formal.

El objetivo principal del CICR siempre ha sido implantar programas de rehabilitación adaptados a las necesidades económicas y sociales de cada país, que puedan transferirse a una organización local o gubernamental cuando el CICR, de conformidad con su mandato, haya puesto fin a su asistencia. Sin embargo, en la práctica, son muy pocos los proyectos que se han transferido con éxito a los socios locales o a las autoridades sanitarias, dado que, en muchos países, la rehabilitación de las personas discapacitadas a raíz de un conflicto y de otras personas amputadas todavía no se considera una cuestión prioritaria. Para superar estas dificultades, en 1981 se constituyó, en el seno del Movimiento Internacional, un Fondo especial a favor de las personas con discapacidad.

Como ya se ha indicado, la atención a las personas con discapacidad como consecuencia de los efectos de la guerra ha sido una preocupación permanente para el Movimiento Internacional de la Cruz Roja y Media Luna Roja. Sin perjuicio de que esta actividad forme parte del mandato específico del CICR, los restantes componentes (FICR y SN) vienen colaborando muy activamente en esta tarea, que incluye no sólo las actividades de asistencia médica y de rehabilitación física, sino que también contempla aquellas actividades dirigidas a la reinserción social y laboral, tan importantes como las primeras. En este sentido, en el año 1999 se aprobó la estrategia del Movimiento Internacional en relación con las minas terrestres, uno de cuyos puntos fundamentales incluye la atención de las personas con discapacidad como consecuencia de los conflictos armados (principalmente, por los efectos

de las minas terrestres). La estrategia asistencial dirigida a la atención de esta categoría de víctimas involucra a todos los componentes del Movimiento:

#### **EI CICR:**

- prestará asistencia hospitalaria y apoyo en cirugía, cuando sea necesario, en situaciones de conflictos;
- evaluará, en conjunción con la Sociedad Nacional, la necesidad de servicios de transfusión de sangre y les prestará apoyo, cuando sea necesario, en situaciones de conflicto;
- evaluará, en situaciones de conflicto, la necesidad de talleres protésicos y rehabilitación de pacientes y prestará estos servicios cuando sea necesario;
- en las situaciones posteriores a un conflicto, recurrirá al Fondo Especial de la Cruz Roja para Discapacitados para apoyar el trabajo de diversas organizaciones, tanto del Movimiento como ajenas al mismo, que satisfagan los requisitos establecidos por el Fondo;
- respaldará los esfuerzos de la Sociedad Nacional encaminados a prestar apoyo psicológico a las víctimas de las minas, ayudarlas a reintegrarse y llevar a cabo otras iniciativas asistenciales menores.

#### **Las Sociedades Nacionales de los países afectados por las minas:**

- reforzarán sus servicios para prestar primeros auxilios, evacuar y transportar a los heridos de guerra;
- prestarán, a los beneficiarios de prótesis y de servicios de rehabilitación, servicios de transporte y alojamiento para someterse a sesiones de tratamiento y rehabilitación o cualquier otra ayuda menor que puedan requerir;
- evaluarán las necesidades de servicios de apoyo psicológico y reintegración social para las víctimas de las minas e incorporarán dichas actividades a sus respectivos programas sociales generales.

#### **La Federación Internacional:**

- ayudará a las Sociedades Nacionales afectadas a incorporar programas sobre minas a sus planes de desarrollo globales;
- apoyará sus esfuerzos encaminados a aumentar su capacidad operativa y les ayudará a desarrollar sus recursos humanos.

## **BIBLIOGRAFIA**

- AA.VV. *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. Hay también versión española del Comentario del Protocolo II y del artículo 3 de los Convenios de Ginebra.
- ALONSO PEREZ, Francisco, “La protección de la población civil”, en *Derecho Internacional Humanitario*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2ª Edición, 2007.
- BACCINO-ASTRADA, Alma, *Manuel des droits et devoirs du personnel sanitaire lors de conflits armés*, Genève, CICR, 1982.
- BOTHE, Michael., PARTSCH, Karl Josef y SOLF, A. Waldemar, *New Rules for Victims of Armed Conflicts: Commentary on the Two 1977 Protocols Additional to the Geneva Conventions of 1949*, 1982, Martinus Nijhoff Publishers, The Hague, 1982, 746 pp.
- BUGNION, François, *Le Comité International de la Croix-Rouge et la protection des victimes de la guerre*, CICR, Ginebra 1994, 1438 págs.
- CICR, *El Derecho internacional humanitario y los retos de los conflictos armados contemporáneos*. Informe preparado por el CICR para la XXVIII Conferencia Internacional de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. CICR, Doc. 03/IC/09, 1 de octubre de 2003, 82 págs.
- CICR, *La asistencia a las víctimas de las minas terrestres*. Ginebra 2005, 24 pp.
- CICR, *Un apoyo para el futuro – Programa de Rehabilitación Física*. Ginebra 2004, 18 pp.
- COUPLAND, Robin M., *Amputaciones por heridas de guerra*. CICR, Ginebra, 1993, 30 pp.
- CURREA-LUGO, Victor de, *Derecho Internacional Humanitario y sector salud: el caso colombiano*, Plaza y Janés Ed. y CICR, Bogotá, 1999.
- DOMENECH OMEDAS, JOSÉ LUIS, “LA PROTECCIÓN DEL PRISIONERO DE GUERRA”, EN *Derecho Internacional Humanitario*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2ª Edición, 2007.
- 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, 880 págs.
- GRAY, Robin, *Heridas de guerra : tratamiento quirúrgico básico : principios y prácticas del tratamiento quirúrgico de heridas causadas por proyectiles o explosiones*,
- GUTMAN, Roy y RIEFF, David, “*Crímenes de Guerra: Lo que debemos saber*”, Ed. Debate, Barcelona 2003.
- HENCKAERTS, Jean Marie y DOSWALD-BECK, Louise (Eds.), *Customary International Humanitarian Law* (2 tomos), CICR y Cambridge University Press, 2005.

- KALSHOVEN, Frits y ZEGVELD, Liesbeth, *Restricciones en la conducción de la guerra. Introducción al Derecho internacional humanitario*, CICR, (3ª edición), Ginebra, 2001.
  - ORIFICI, Davide, *Guía de actividades relativas a las minas*. Centro Internacional de Desminado de Ginebra, Ginebra, 2004, 238 pp.
  - OTERO SOLANA, Vicente “*La protección del medio sanitario en los Conflictos Armados, Derecho Internacional Humanitario*, Tirant lo Blanch, Valencia, 2ª Edición, 2007.
  - PICTET, Jean S. (direc.), *Commentaires des Conventions de Genève de 12 AOÛT 1949*. Volúmenes I (1952), II (1959), III (1958) y IV (1956), CICR, Ginebra.
  - PREUX, Jean de, *Commentaires des Conventions de Genève du 12 août 1949. Volumen II - La Convention de Genève relative au traitement des prisonniers de guerre : commentaire*, CICR, Ginebra, 1958, 834 págs.
  - RODRÍGUEZ VILLASANTE Y PRIETO, José Luis (Coord.), *Derecho Internacional Humanitario*, Tirant lo Blanch, 2ª edición, Valencia, 2007, 1006 pp.
  - ROWLEY, David I., *Heridas de guerra con fracturas. Guía para el tratamiento quirúrgico*. CICR, Ginebra, 1998, 64 pp.
  - SASSOLI, Marco y BOVIER, Antoine, *un droit dans la guerre?*, CICR (2ª edición), 2 tomos, Ginebra, 2003.
  - UNITED NATIONS, *Disabilities, From exclusion to equality. Realizing the rights of persons with disabilities*, Handbook for Parliamentarians on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities and its Optional Protocol, United Nations, Office of the High Commissioner for Human Rights, Inter-Parliamentary Union, Geneva, 2007.
-