



## Asamblea General

Distr. general  
9 de agosto de 2013  
Español  
Original: inglés

---

### Sexagésimo octavo período de sesiones

Tema 69 b) del programa provisional\*

**Promoción y protección de los derechos humanos:  
cuestiones de derechos humanos, incluidos otros medios  
de mejorar el goce efectivo de los derechos humanos  
y las libertades fundamentales**

## **Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**

### **Nota del Secretario General**

El Secretario General tiene el honor de transmitir a la Asamblea General el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, Anand Grover, que se presenta de conformidad con las resoluciones 6/29 y 15/22 del Consejo de Derechos Humanos.

---

\* A/68/150.



## **Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental**

### *Resumen*

En el presente informe, el Relator Especial examina las obligaciones de los Estados y los agentes no estatales relacionadas con el derecho a la salud de las personas afectadas por situaciones de conflicto o que participan en ellas. El ámbito del informe no se reduce a los conflictos armados, sino que incluye también los disturbios internos, las protestas, los desórdenes, las revueltas civiles y la agitación, los territorios ocupados y los territorios en los que hay una presencia militar constante. Los efectos de los conflictos en el derecho a la salud de las poblaciones afectadas pueden perdurar mucho tiempo después de que hayan cesado las hostilidades. Por lo tanto, es fundamental que, durante todo el conflicto, los Estados garanticen el pleno disfrute del derecho a la salud de las poblaciones afectadas por el conflicto o que participen en él.

En este contexto, el Relator Especial aborda la cuestión de la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de las instalaciones, bienes y servicios de salud durante y después de los conflictos. Hace hincapié en las obligaciones de los Estados, las obligaciones internacionales de otras entidades distintas del Estado y las responsabilidades de los grupos armados no estatales. En el informe también se presta atención especial a los grupos vulnerables, que pueden experimentar dificultades mayores en el ejercicio del derecho a la salud como consecuencia de un conflicto, y se aborda la cuestión de la necesidad de rendición de cuentas y de recursos en caso de conculcación de ese derecho. El Relator Especial concluye su informe destacando la importancia de una participación efectiva de las comunidades afectadas y formulando un conjunto de recomendaciones sobre las medidas concretas y permanentes que deben adoptarse a efectos del pleno disfrute del derecho a la salud de las personas afectadas por situaciones de conflicto.

## I. Introducción

1. Los conflictos representan inmensos retos para el ejercicio del derecho a la salud. Alrededor de 1.500 millones de personas viven actualmente en zonas afectadas por conflictos o en Estados frágiles, donde las tasas de mortalidad y malnutrición infantil duplican las de los países no afectados por conflictos, el nivel de pobreza es un 21% superior y se está muy lejos de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio<sup>1</sup>. Los conflictos afectan a la salud debido no solo a la violencia directa que conllevan, sino también al desmoronamiento de las estructuras sociales y los sistemas de salud y la falta de factores determinantes básicos de la salud. Estos hechos implican una alta incidencia de condiciones que habrían podido prevenirse y tratarse, en particular paludismo, diarrea, neumonía y malnutrición<sup>2</sup>. Estos efectos en la salud con frecuencia persisten mucho tiempo después de haber cesado las hostilidades e influyen de manera negativa en los indicadores sanitarios durante muchos años<sup>3</sup>. Por lo tanto, es imprescindible abordar la cuestión del derecho a la salud en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos para el disfrute efectivo de ese derecho por todos.

2. Los conflictos contemporáneos adoptan diversas formas, entre otras, disturbios internos, protestas violentas, desórdenes, revueltas civiles y agitación, además de los conflictos armados que se abordan en el derecho internacional humanitario. También comprenden los territorios ocupados y los territorios en los que hay una presencia militar constante, cuya población puede resultar afectada por el conflicto durante muchos años a pesar de que no haya hostilidades activas. En el informe se definen las obligaciones de los Estados con respecto al derecho a la salud en todas esas situaciones de conflicto. Las situaciones en las que no se cumplen los criterios por los que se define un conflicto armado o una ocupación se rigen exclusivamente por el derecho de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud. Sin embargo, los conflictos armados se rigen por el derecho internacional humanitario y por el derecho de los derechos humanos.

3. Los conflictos armados se dividen en conflictos armados internacionales —en los que “se recurre a la fuerza armada entre Estados”<sup>4</sup>, y conflictos armados no internacionales— en los que se registra una “violencia prolongada” por parte al menos de un grupo armado organizado no estatal<sup>5</sup>. En ambas situaciones, el derecho internacional humanitario prescribe normas de conducta para los Estados y los grupos armados organizados no estatales que son partes en el conflicto. Las hostilidades, el trato de los prisioneros, las garantías de derechos fundamentales como el acceso a la justicia y el trato de la población civil y sus bienes se rigen por esas normas.

<sup>1</sup> Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 2011: Conflicto, seguridad y desarrollo* (Washington, D.C., 2011).

<sup>2</sup> Comité Internacional de Rescate (IRC), *Mortality in the Democratic Republic of Congo: an ongoing crisis* (Nueva York, 2007), pág. ii; [www.rescue.org/sites/default/files/migrated/resources/2007/2006-7\\_congomortalitysurvey.pdf](http://www.rescue.org/sites/default/files/migrated/resources/2007/2006-7_congomortalitysurvey.pdf).

<sup>3</sup> *Ibid.*, Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 2011*.

<sup>4</sup> Tribunal Internacional para la ex Yugoslavia, *Prosecutor v. Tadic*, Causa N° IT-94-1-A, ICTY, Decision on the Defence Motion for Interlocutory Appeal on Jurisdiction, 2 de octubre de 1995, párr. 70.

<sup>5</sup> Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), “¿Cuál es la definición de “conflicto armado” según el derecho internacional humanitario?” Documento de opinión (Ginebra, 2008); [www.icrc.org/eng/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict.pdf](http://www.icrc.org/eng/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict.pdf).

4. El derecho de los derechos humanos sigue siendo aplicable en las situaciones que se rigen por el derecho internacional humanitario. Así lo han afirmado la Corte Internacional de Justicia<sup>6</sup>, los órganos creados en virtud de tratados de derechos humanos<sup>7</sup>, órganos regionales como el Tribunal Europeo de Derechos Humanos<sup>8</sup>, y los tribunales nacionales<sup>9</sup>. La Asamblea General, en su resolución 57/233, y el Consejo de Seguridad, en su resolución 1181 (1998), también han condenado las violaciones de los derechos humanos en conflictos armados.

5. La aplicación concurrente de ambos conjuntos normativos en los conflictos armados refuerza los derechos de las poblaciones afectadas. Además, el derecho de los derechos humanos garantiza la protección de las poblaciones afectadas cuando se pone en tela de juicio la aplicación del derecho internacional humanitario. La aplicación concurrente también resulta útil en las situaciones que afectan directamente al derecho a la salud, por ejemplo los efectos que la inseguridad general tiene en la salud y sus factores determinantes básicos, que pueden no estar debidamente regulados en el marco del derecho internacional humanitario. El derecho de los derechos humanos también contiene obligaciones con respecto a la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de los servicios de salud más concretas que el derecho internacional humanitario.

6. Tanto el derecho internacional humanitario como el derecho de los derechos humanos comparten el objetivo de proteger a todas las personas y se basan en los principios del respeto por la vida, el bienestar y la dignidad humana de la persona<sup>10</sup>. Proporcionan formas de protección que se complementan y refuerzan mutuamente<sup>11</sup>. La aplicación del derecho de los derechos humanos a los conflictos garantizaría una mayor protección de la población civil, así como mecanismos adicionales de rendición de cuentas a los Estados y recursos a la población afectada.

## II. Marco conceptual

7. El derecho a la salud está reconocido en el derecho internacional, entre otras disposiciones, en el artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. En la Observación general N° 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se establece el marco del derecho a la salud, y en ella se interpreta ese derecho y se impone a los Estados la obligación de respetar,

<sup>6</sup> *Legal consequences of the Construction of a Wall in the Occupied Palestinian Territory*, Opinión consultiva, *ICJ Reports 2004*, pág. 136, párr. 112; *Case Concerning the Armed Activities on the Territory of the Congo (Democratic Republic of the Congo v. Uganda)*, *ICJ Reports 2005*, párr. 216.

<sup>7</sup> *Sergio Euben López Burgos c. Uruguay*, comunicación R.12/52, A/36/40, anexo XIX, párr. 176; observaciones finales del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales: Israel (E/C.12/1/Add.69), párr. 19.

<sup>8</sup> Tribunal Europeo de Derechos Humanos, *Loizidou v. Turkey*, demanda N° 15318/89, sentencia, 28 de diciembre de 1996, párr. 44.

<sup>9</sup> *Public Committee against Torture in Israel et al. v. Government of Israel and others.*, Tribunal Supremo, causa N° 769/02, 14 de diciembre de 2006, párr. 18.

<sup>10</sup> Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (ACNUDH), *Protección jurídica internacional de los derechos humanos durante los conflictos armados* (Nueva York y Ginebra, 2011), pág. 7.

<sup>11</sup> *Ibid.*, pág. 2.

proteger y hacer efectivo el disfrute del derecho de toda persona a la salud, incluidas las personas afectadas por conflictos o que participen en ellos.

8. El marco del derecho a la salud abarca diversos aspectos socioeconómicos, denominados factores determinantes básicos, como alimentos nutritivos, agua potable, vivienda, un sistema de salud eficaz y situaciones de violencia y conflicto. Los conflictos tienen repercusiones negativas en otros factores determinantes básicos, ya que pueden comportar el desmoronamiento de sistemas e infraestructuras, incluidos los sistemas de salud. Los conflictos también pueden tener como consecuencia un empeoramiento de las condiciones de salud pública debido a lesiones físicas, problemas de salud mental, un aumento de la malnutrición, especialmente entre los niños, y brotes de enfermedades transmisibles<sup>12</sup>.

#### **A. El marco del derecho a la salud en tiempo de conflicto, en particular de conflicto armado**

9. Los Estados están obligados a destinar el máximo de los recursos disponibles al logro de la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales, en particular el derecho a la salud. Un aspecto de esa obligación es que la realización del derecho a la salud es progresiva. Sin embargo, los conflictos, debido a la destrucción de recursos que comportan o al uso que de ellos se hace para satisfacer necesidades militares o de policía, suelen tener como consecuencia una disminución de los recursos disponibles que, a veces, puede ir en detrimento del derecho a la salud<sup>13</sup>. Incluso cuando se dispone de recursos, puede ocurrir que los Estados no estén en condiciones de hacer uso de ellos a causa de la inseguridad y a insuficiencias de la infraestructura en muchas situaciones de conflicto.

10. Ahora bien, la realización progresiva es una obligación específica y continua de los Estados. No excluye determinadas obligaciones inmediatas, en particular la adopción de medidas concretas a efectos de la plena realización del derecho de toda persona a la salud, sin discriminación e independientemente de su condición de combatiente o civil.

11. Además, el marco del derecho a la salud impone a los Estados determinadas obligaciones básicas —niveles esenciales mínimos del derecho a la salud—, y su incumplimiento no puede justificarse ni siquiera en tiempo de escasez de recursos porque no admiten excepciones. Cabe mencionar, entre otras, la obligación del Estado de velar por una distribución y acceso equitativos a las instalaciones, bienes y servicios de salud sin discriminación alguna, especialmente de los grupos vulnerables o marginados; la obligación de proveer de medicamentos esenciales, y la obligación de elaborar un plan o política nacional de salud de manera transparente y participativa, tomando en consideración las necesidades especiales de los grupos de población vulnerables. Por tanto, aunque los conflictos reduzcan los recursos disponibles, los Estados deben velar por la disponibilidad, accesibilidad y

---

<sup>12</sup> Organización Mundial de la Salud (OMS), “Briefing note on the potential impact of conflict in Iraq: march 2003” (Ginebra, 2003), pág. 1.

<sup>13</sup> Solomon R. Benatar, “Global disparities in health and human rights: a critical commentary”, *American Journal of Public Health*, vol. 88, núm. 2 (febrero de 1998), pág. 296; Barry S. Levy y Victor W. Sidel, “The health consequences of the diversion of resources to war and preparation for war”, *Social Medicine*, vol. 4, núm. 3 (septiembre de 2009), pág. 133.

aceptabilidad de instalaciones, bienes y servicios de salud de calidad, especialmente para los grupos que el conflicto ha hecho vulnerables.

12. Una faceta fundamental del marco del derecho a la salud es la participación efectiva de las personas y las comunidades afectadas, especialmente los grupos vulnerables. Debe garantizarse su participación efectiva en todas las etapas de formulación, aplicación y seguimiento de las decisiones que afecten a la realización y disfrute del derecho a la salud en tiempo de conflicto. Sin embargo, las políticas así formuladas no deben limitarse al punto de vista de la mayoría, sino que en ellas se deben tener en cuenta las opiniones y necesidades de la minoría del grupo participante. La participación en los procesos de adopción de decisiones empodera a las comunidades afectadas y garantiza la consideración de las decisiones y los recursos como propios, lo cual propicia el establecimiento de sistemas sostenibles y la posible solución de conflictos. La participación de las poblaciones afectadas garantiza la idoneidad y eficacia de las leyes y políticas, ya que en ellas se tienen en cuenta las necesidades de la población. Esto tiene especial importancia en situaciones de conflicto prolongadas, en situaciones posteriores a conflictos, en zonas en la que haya una presencia militar constante y en zonas bajo ocupación. Solo puede garantizarse una participación efectiva cuando las poblaciones afectadas tengan capacidad para recopilar y difundir información relacionada con su salud.

## **B. Obligaciones de los Estados**

13. Como en otras ocasiones, los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y propiciar el disfrute del derecho a la salud en tiempo de conflicto. Comprende las situaciones en que los Estados ocupan o ejercen cualquier otro tipo de control efectivo sobre territorio extranjero, donde son aplicables todas las obligaciones que se derivan del derecho a la salud<sup>14</sup>. Los Estados también tienen otras obligaciones en materia de derechos humanos, que incluyen el derecho a la vida, pero no se limitan a él, y la obligación de abstenerse de actos de tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

14. La obligación de respetar el derecho a la salud requiere que los Estados no obstaculicen su cumplimiento y se abstengan de toda discriminación. No deben formular políticas ni actuar de manera que se creen barreras al goce de ese derecho, por ejemplo dificultando el acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud a toda la población o a los miembros de grupos desfavorecidos.

15. La obligación de proteger el derecho a la salud requiere que los Estados impidan que terceros obstaculicen su disfrute. Deben velar por que terceros, por ejemplo los profesionales de salud, no lo conculquen mediante la prestación de atención sanitaria de manera discriminatoria. Los Estados partes en un conflicto pueden enfrentarse a retos excepcionales con respecto a esa obligación debido a la presencia de grupos armados que escapan a su control. En tales casos deben adoptar medidas concretas para ofrecer protección al personal sanitario y a las personas que acudan a los servicios de salud. También deben adoptar políticas para entablar conversaciones con terceros, como grupos armados no estatales, sobre las responsabilidades que les incumben en virtud del derecho de los derechos humanos o del derecho internacional humanitario, por ejemplo la obligación de los Estados de

---

<sup>14</sup> *Legal Consequences of the Construction of a Wall*, párr. 112.

proveer de instalaciones, bienes y servicios de salud y la responsabilidad de los grupos armados no estatales de abstenerse de obstaculizar la prestación de atención sanitaria.

16. La obligación de hacer efectivo el derecho a la salud mediante la facilitación, la creación y la promoción de condiciones propicias a su disfrute también puede resultar difícil de cumplir en situaciones de conflicto debido a la escasez de recursos o por razones de seguridad. Sin embargo, los Estados deben garantizar niveles esenciales y mínimos de instalaciones, bienes y servicios de salud. Por ejemplo, pueden estar obligados a prestar servicios de ambulancia durante protestas o desórdenes. También pueden cumplir esa obligación celebrando acuerdos de cesación del fuego con los grupos armados no estatales y facilitar así servicios de salud tales como programas de inmunización y vacunación. Los Estados pueden proporcionar información sobre la medicina tradicional y propiciar su utilización por las comunidades que carezcan de acceso a la atención institucional a causa del conflicto. Cuando carezcan de capacidad propia, los Estados solicitarán la asistencia de otros Estados, la sociedad civil y organizaciones humanitarias, especialmente para el cumplimiento de sus obligaciones básicas. Los Estados no obstaculizarán la prestación de servicios de salud por parte de organizaciones humanitarias y por quienes practican la medicina tradicional y comunitaria.

### **III. Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las instalaciones, bienes y servicios de salud**

17. La disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de instalaciones, bienes y servicios de salud de calidad son fundamentales en tiempo de conflicto. La existencia de un sistema de salud eficiente que disponga de personal especializado es esencial para el disfrute del derecho a la salud de las personas afectadas por un conflicto o que participen en él.

#### **A. No discriminación e imparcialidad del personal médico**

18. El marco del derecho a la salud obliga a los Estados, incluido el personal de los servicios públicos de salud, a garantizar el acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud sin discriminación. La denegación de tratamiento a las personas heridas en un conflicto o el ofrecimiento de un trato preferencial a los miembros de la misma facción constituye una violación directa de ese derecho.

19. Además, la aceptabilidad supone que las instalaciones, bienes y servicios se ajustan a la ética médica. A ese respecto, los profesionales del sector deben prestar de manera imparcial atención y servicios a las personas afectadas por un conflicto<sup>15</sup>. La imparcialidad en el tratamiento médico de los heridos también es una obligación impuesta por el derecho internacional humanitario<sup>16</sup>. Por lo tanto, el personal sanitario tiene determinadas obligaciones con respecto a la atención de las personas afectadas por un conflicto o que participen en él.

---

<sup>15</sup> Asociación Médica Mundial, Regulaciones de la AMM en Tiempos de Conflicto Armado y otras Situaciones de Violencia, párrs. 1 a 3.

<sup>16</sup> CICR, "Health care in danger: the responsibilities of health-care personnel working in armed conflicts and other emergencies" (Ginebra, 2013), pág. 35.

20. El marco del derecho a la salud requiere que los prisioneros y los detenidos tengan acceso en condiciones de igualdad a las instalaciones, bienes y servicios de salud. El derecho internacional humanitario también dispone que deben recibir un trato humano y que se les debe facilitar el acceso a la atención médica<sup>17</sup>. Sin embargo, en muchas situaciones de conflicto se limita su acceso a las instalaciones, los bienes y servicios de salud, lo cual está en contradicción con el trato no discriminatorio que deben recibir en virtud del derecho a la salud<sup>18</sup>.

## B. Barreras jurídicas

21. Los Estados pueden promulgar leyes que impongan al personal de salud la obligación de denunciar a las personas que presuntamente hayan cometido un delito. Sin embargo, algunos Estados han elaborado leyes y políticas que limitan o castigan la prestación de atención médica a las personas que manifiestan su oposición al Estado, por ejemplo los participantes en manifestaciones políticas<sup>19</sup> y los grupos armados no estatales. Las leyes que castigan todo apoyo a terroristas u otros opositores del Estado también pueden aplicarse de manera inapropiada a la prestación de atención médica. En consecuencia, se ha detenido, acusado y condenado a médicos y otros miembros del personal de salud por haber cumplido con imparcialidad su deber profesional<sup>20</sup>. Tales leyes pueden inducir al personal de salud a no prestar servicios en situaciones de conflicto por miedo a ser procesados, con el consiguiente efecto inhibitorio en los proveedores de atención sanitaria.

22. El temor a ser denunciados a los organismos de seguridad también disuade a los pacientes de acudir a los centros y servicios de salud. Así ocurre en particular con las personas que han resultado heridas a raíz de su participación directa en un conflicto. Sin embargo, la penalización también tiene un efecto inhibitorio en las personas que no participan en el conflicto, ya que pueden no acudir a los servicios de salud por temor a que se sospeche que han participado en él.

## C. Barreras físicas

23. La disponibilidad y accesibilidad de hospitales y ambulatorios eficientes son esenciales para el disfrute del derecho a la salud. Los Estados tienen la obligación de velar por que las instalaciones no resulten dañadas por el conflicto. Sin embargo, en esas situaciones se levantan barreras físicas que dificultan gravemente el acceso a los centros y servicios. Obstáculos tales como desvíos obligatorios, paradas arbitrarias en puestos de control<sup>21</sup>, la exigencia de permisos de viaje<sup>22</sup> y el

<sup>17</sup> Véase artículo 3 común, Convenios de Ginebra de 1949 relativos a la protección de las víctimas de guerra y su Protocolo Adicional II.

<sup>18</sup> ACNUDH y Misión de Asistencia de las Naciones Unidas en el Afganistán, “Treatment of conflict-related detainees in Afghan custody” (Ginebra, octubre de 2011), pág. 3.

<sup>19</sup> Physicians for Human Rights (PHR), “Under the gun: ongoing assaults on Bahrain’s health system (Cambridge, Massachusetts y Washington, D.C., 2012), pág. 5.

<sup>20</sup> *Ibid.*, pág. 4.

<sup>21</sup> M. Rytter y otros, “Effects of armed conflict on access to emergency health care in Palestinian West Bank: systematic collection of data in emergency departments”, *British Medical Journal*, vol. 332, N° 7550 (13 de mayo de 2006), pág. 1123.

<sup>22</sup> OMS, “Right to health: barriers to health access in Palestine territory, 2011 and 2012”, informe especial (Ginebra, 2013), págs. 11 y 12.

interrogatorio de pacientes tienen como consecuencia un empeoramiento del estado de salud de los pacientes. Otras medidas como bloqueos (S/2012/376, párr.11), toques de queda prolongados o de duración indefinida y puestos de control en las carreteras también limitan la circulación de personas y el transporte, con los consiguientes efectos negativos en el acceso a servicios de atención de salud esenciales y la prestación de los mismos en las zonas afectadas por conflictos<sup>23</sup>. Algunos Estados también han impedido el acceso de grupos de civiles a suministros médicos, especialmente medicamentos y suministros esenciales, obstaculizando, restringiendo o limitando el acceso a los mismos o desviándolos<sup>24</sup>.

24. Cuando pueda resultar necesario limitar el derecho a la salud, los Estados deben adoptar la opción menos restrictiva. Deben velar por que el objetivo de esas barreras sea legítimo y que las restricciones sean proporcionales al objetivo que se persigue. Por ejemplo, deben asegurarse de que las limitaciones impuestas al desplazamiento de personas en las zonas de conflicto sean legítimas y esenciales, y establecer excepciones para que el acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud pueda realizarse lo más rápidamente posible. También deben adoptar medidas para facilitar el tránsito de las personas que necesiten servicios de salud por zonas poco seguras.

25. Las personas que requieren una atención continua tienen necesidades de salud especiales que, si no se atienden, pueden aumentar innecesariamente el número de muertos durante un conflicto. Por ejemplo, la interrupción o la no administración de un tratamiento puede agravar el estado de las personas que viven con el VIH o padecen tuberculosis o cáncer. La falta de medicamentos y de servicios psicosociales también puede resultar especialmente grave para las personas que padecen problemas de salud mental, algunas de las cuales pueden requerir un tratamiento continuo<sup>25</sup>.

#### **D. Ataques contra las instalaciones y el personal de salud**

26. La destrucción de la infraestructura de salud por los Estados, o la incapacidad de impedir su destrucción por terceros, limita la disponibilidad y accesibilidad de instalaciones, bienes y servicios de salud de calidad. El hecho de atacar establecimientos sanitarios también constituye una violación del principio de distinción consagrado en el derecho internacional humanitario, que obliga a las partes en un conflicto a abstenerse de realizar ataques contra el personal, las instalaciones, el material y los medios de transporte médicos, salvo que estos se utilicen para cometer actos hostiles ajenos a sus funciones humanitaria y médica. Actos que no vayan dirigidos concretamente contra establecimientos también pueden conculcar el derecho a la salud si aumentan el riesgo de que la instalación

<sup>23</sup> “Nepal: Reproductive health and conflict”, Red de Información Regional Integrada (IRIN), *Humanitarian news and analysis*, 26 de abril de 2006. Puede consultarse en: [www.irinnews.org/report/34255/nepal-reproductive-health-and-the-conflict](http://www.irinnews.org/report/34255/nepal-reproductive-health-and-the-conflict).

<sup>24</sup> Report of the Secretary-General’s Internal Review Panel on United Nations Action on Sri Lanka, noviembre de 2012, pág. 18.

<sup>25</sup> Bayard Roberts y otros, “Post-conflict mental health needs: a cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan”, *BMC Psychiatry*, vol. 9, núm. 7 (2009), págs. 7 y 8. Puede consultarse en: [www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-9-7.pdf](http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-9-7.pdf).

sufra daños o reducen el acceso de los pacientes a ella, por ejemplo colocando puestos avanzados militares o armas en las proximidades de un ambulatorio.

27. El personal sanitario es esencial para garantizar la disponibilidad de servicios de atención de salud. Por lo tanto, los Estados tienen una obligación inmediata y continua de ofrecer a ese personal y a las organizaciones humanitarias una protección adecuada durante los períodos de conflicto.

28. Ataques contra el personal sanitario, como asaltos, actos de intimidación, amenazas, secuestros y asesinatos, así como detenciones y procesos, se llevan a cabo cada vez con más frecuencia como parte de una estrategia en las situaciones de conflicto<sup>26</sup>. Se ha observado que, en las zonas afectadas por conflictos, el funcionamiento de las cadenas de suministro ha resultado trastocado, las instalaciones de salud han sido saqueadas, se ha exigido información confidencial sobre pacientes, se han lanzado frecuentes ataques con proyectiles y bombas contra ambulatorios y hospitales y se ha disparado contra ambulancias en servicio en las que el blanco era el personal civil y sanitario como estrategia militar<sup>27</sup>. En los países cuya infraestructura de salud es deficiente, como puede ocurrir en la mayoría de las regiones afectadas por conflictos, la destrucción incluso de un solo hospital o los ataques contra un personal sanitario ya muy escaso pueden tener efectos devastadores en la disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud y, por tanto, en la salud pública<sup>28</sup>. Además, el personal sanitario puede condenar la conducta de las fuerzas de seguridad o no proporcionar información sobre los pacientes cuando las leyes conculquen derechos humanos fundamentales. Ese personal a menudo puede ser objeto de acoso, traslado, torturas, detención y condena<sup>29</sup>.

29. Tales ataques no solo conculcan el derecho de las personas afectadas por el conflicto, incluidas las que participan en él, sino que también causan daños en el conjunto del sistema de salud. La inseguridad derivada de los ataques lanzados contra el personal sanitario por las fuerzas estatales o grupos no estatales puede inducir a los profesionales a huir, con la consiguiente escasez de personal médico competente en esas regiones<sup>30</sup>. De ello puede derivarse un aumento de problemas de salud prevenibles, como la mortalidad y morbilidad materna e infantil, además de la morbilidad causada por el propio conflicto<sup>31</sup>.

<sup>26</sup> Saúl Franco y otros, "The effects of armed conflict on the life and health in Colombia", *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, núm. 2 (junio de 2006), pág. 357; John M. Quinn y otros, "Iraqi physician brain drain in prolonged conflict", *The New Iraqi Journal of Medicine*, vol. 7, núm. 1 (abril de 2011), págs. 91 y 92; Leonard S. Rubenstein and Melanie D. Bittle, "Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict", *Lancet*, vol. 375, núm. 9711 (23 de enero de 2010), pág. 332.

<sup>27</sup> Human Rights Watch, "Sri Lanka: repeated shelling of hospitals evidence of war crimes", 8 de mayo de 2009. Puede consultarse en: [www.hrw.org/news/2009/05/08/sri-lanka-repeated-shelling-hospitals-evidence-war-crimes](http://www.hrw.org/news/2009/05/08/sri-lanka-repeated-shelling-hospitals-evidence-war-crimes).

<sup>28</sup> CICR, "Health care in danger: a sixteen-country study" (Ginebra, julio de 2011), pág. 3. Puede consultarse en: [www.icrc.org](http://www.icrc.org).

<sup>29</sup> PHR, "Under the gun", pág. 6; Médecins Sans Frontières (MSF), "Syria two years on: the failure of international aid", informe especial (Nueva York, 6 de marzo de 2013). Puede consultarse en: [www.doctorswithoutborders.org/publications/article.cfm?id=6669](http://www.doctorswithoutborders.org/publications/article.cfm?id=6669).

<sup>30</sup> David Stein y Barbara Ayotte, "East Timor: extreme deprivation of health and human rights", *Lancet*, vol. 354, núm. 9195 (11 de diciembre de 1999), pág. 2075.

<sup>31</sup> Paul C. Webster, "Roots of Iraq's maternal and child health crisis run deep", *Lancet*, vol. 381, núm. 9870 (16 de marzo de 2013), pág. 892; Bernadette A.M. O'Hare y David P. Southall, "First do no harm: the impact of recent armed conflict on maternal and child health in sub-Saharan

## E. Militarización de las instalaciones de salud

30. La militarización hace referencia a la ocupación o la utilización de las instalaciones y los servicios de salud por las fuerzas armadas o de seguridad para la consecución de objetivos militares. Esa utilización representa un grave riesgo para la vida y la salud de los pacientes y el personal sanitario y atenta contra la función y la consideración de los hospitales como lugares de acceso seguro a la atención sanitaria. La imparcialidad de los servicios médicos con frecuencia resulta comprometida por la presencia constante de fuerzas de seguridad en los hospitales y la intimidación de los pacientes y el personal en los hospitales y ambulatorios<sup>32</sup>. Algunas veces las fuerzas de seguridad ocupan esas instalaciones para identificar o detener a manifestantes heridos en enfrentamientos con las fuerzas progubernamentales. A las personas que presuntamente han resultado heridas en manifestaciones a menudo se les impide que reciban atención médica urgente, se las traslada fuera de los centros de salud y se las tortura o encarcela (A/HRC/19/69, párr. 63). La militarización de la atención sanitaria también ha tenido efectos indeseables con respecto al acceso a la atención de salud básica en algunos países. El temor muy extendido a ser detenido induce a los civiles a no acudir a centros de salud y a recibir tratamiento en condiciones insalubres (ibíd.). Dicho acoso conculca el derecho de las personas a la salud al impedir su acceso a servicios de calidad.

31. En los territorios ocupados y en las zonas donde la atención sanitaria es financiada por el ejército o depende de él, el personal de salud ha sido acusado de presunta colaboración con las fuerzas militares<sup>33</sup>. Los profesionales de la salud también pueden ser acusados de prestar servicios a grupos antigubernamentales y de presunto apoyo a los mismos<sup>34</sup>. El uso indebido de programas de prestación de servicios de salud, por ejemplo de vacunación, en apoyo de objetivos militares puede empañar la supuesta imparcialidad del personal médico y generar desconfianza hacia él entre la población civil y tener como consecuencia el asesinato de miembros de ese personal y el rechazo de programas de vacunación, en detrimento de la salud pública<sup>35</sup>. La habilitación de instalaciones, bienes y servicios de salud en el marco de estructuras civiles y no militares puede neutralizar esas reservas y propiciar el acceso a los servicios.

---

Africa”, *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 100, núm. 12 (diciembre de 2007), pág. 565.

<sup>32</sup> PHR, *Do no harm: a call for Bahrain to end systemic attacks on doctors and patients*, (Cambridge, Massachusetts y Washington, D.C., abril de 2011), págs. 27 a 29.

<sup>33</sup> MSF, *In the Eyes of Others: How People in Crises Perceive Humanitarian Aid* (Nueva York, 2012), págs. 134 a 154.

<sup>34</sup> Peter Apps, “Once seen as neutral, Aid workers fight perceived bias”, Reuters, 31 de agosto de 2007. Puede consultarse en: [www.reuters.com/article/2007/08/31/us-aid-bias-idUSL3184999120070831](http://www.reuters.com/article/2007/08/31/us-aid-bias-idUSL3184999120070831).

<sup>35</sup> Dara Mohammadi, “The Final Push for Polio Eradication”, *Lancet*, vol. 380, núm. 9840 (2 de agosto de 2012); Liz Borkowski, “Pakistan sees first polio case since vaccination camp disrupted”, Science Blogs, 9 de mayo de 2013. Puede consultarse en: [scienceblogs.com/theumphandle/2013/05/09/pakistan-sees-first-polio-case-since-vaccination-campaigh-disrupted/](http://scienceblogs.com/theumphandle/2013/05/09/pakistan-sees-first-polio-case-since-vaccination-campaigh-disrupted/).

## F. Disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad de las instalaciones, bienes y servicios de salud después de los conflictos

32. Es probable que, después de un conflicto, los recursos escaseen en los Estados, se registre en ellos inestabilidad política y su infraestructura haya quedado completamente destruida, incluidos los sistemas de salud<sup>36</sup>. La mayor parte de la labor de reconstrucción se desarrolla cuando el conflicto ha remitido, pero prosigue o resurge en algunas partes del país. Además, los Estados que ya han estado en situaciones de conflicto es más probable que afronten nuevos ciclos de violencia, con la consiguiente carga adicional sobre los sistemas de salud existentes y los recursos. Además, en esos Estados se registra una alta incidencia de las enfermedades tanto mentales como físicas<sup>37</sup>.

33. Las políticas de los Estados que se están recuperando de un conflicto deben abarcar objetivos múltiples, como la reducción de la morbilidad, el tratamiento inmediato de los heridos y su rehabilitación a largo plazo, la reconstrucción de las infraestructuras, una mayor disponibilidad y accesibilidad de instalaciones, bienes y servicios de salud de calidad, y la sostenibilidad del sistema de salud. Por lo tanto, los Estados deben elaborar planes detallados y con plazos precisos de reconstrucción de los sistemas, incluida la provisión de los factores determinantes básicos de la salud, y el restablecimiento de las estructuras comunitarias y sociales, de manera participativa y transparente. La participación de las comunidades afectadas garantizará la adopción de políticas que respondan a las necesidades de ellas y propiciará su identificación con esos procesos.

34. Algunos Estados deben afrontar problemas de salud pública inmediatos, incluidas lesiones y discapacidades causadas durante conflictos, además de efectos menos visibles en la salud, por ejemplo de salud mental. El trastorno de estrés postraumático y la depresión están muy extendidos durante el proceso de recuperación de un conflicto, y deben ser objeto de un tratamiento eficaz<sup>38</sup>. La disponibilidad y accesibilidad de servicios de salud mental son fundamentales, contribuyen a empoderar a la población y a las comunidades afectadas y pueden propiciar la introducción de cambios en el entorno social y político<sup>39</sup>.

35. Debido al agotamiento de los recursos, la marcha de médicos y personal sanitario y los ataques contra el personal sobre el terreno<sup>40</sup>, la reconstrucción de los sistemas de salud de los países y zonas que se encuentran en una situación posterior

<sup>36</sup> *Ibid.*, Graeme MacQueen y Joanna Santa-Barbara, “Peace building through health initiatives”, *British Medical Journal*, vol. 321, núm. 7256 (29 de julio de 2000), págs. 293 a 296.

<sup>37</sup> Bayard Roberts, Preeti Patel y Martin McKee, “Noncommunicable diseases and post conflict countries”, *Boletín de la OMS*, vol. 90, núm. 2-2A (2012); Hazam Adam Ghobarah, Paul Huth y Bruce Russett, “The post-war public health effects of civil conflict”, *Social Science and Medicine*, vol. 59, núm. 4 (agosto de 2004).

<sup>38</sup> Charlson y otros, “Predicting the impact of the 2011 conflict in Libya on population mental health: PTSD and depression prevalence and mental health service requirements”, *PLoS Med*, vol. 7, núm. 7 (julio de 2012). Puede consultarse en: [www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0040593](http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0040593).

<sup>39</sup> OMS, Oficina Regional para Europa, “User empowerment in mental health” (Copenhague, 2010), págs. 1 a 14. Puede consultarse en: [www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/113834/E93430.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf).

<sup>40</sup> CICR, “Asistencia de salud en peligro: la realidad del problema” (Ginebra, 2012), pág. 6.

a un conflicto puede depender de donantes internacionales y de iniciativas de organizaciones no gubernamentales e intergubernamentales. Tales iniciativas pueden servir de instrumento de consolidación de la paz<sup>41</sup>. Los organismos internacionales de asistencia han empleado estrategias de ese tipo para traspasar barreras étnicas, con el consiguiente aumento de la disponibilidad y accesibilidad de instalaciones, bienes y servicios de salud y disminución de la discriminación<sup>42</sup>. A fin de propiciar la aceptabilidad y accesibilidad de los servicios, los suministradores internacionales de asistencia también deben tener en cuenta la cultura de los países y las comunidades receptoras. En algunos países, por ejemplo, la atención a mujeres embarazadas por médicos de sexo masculino puede no ser culturalmente aceptable y reducir así la accesibilidad<sup>43</sup>.

36. La sostenibilidad de las políticas e iniciativas que han recibido ayuda de donantes es fundamental para garantizar la disponibilidad y accesibilidad a largo plazo de instalaciones, bienes y servicios de salud de calidad en los países que se estén recuperando de un conflicto. Garantizar la participación y la implicación de la población afectada en todas las etapas de los procesos de adopción de decisiones es fundamental para el éxito y la sostenibilidad de la reconstrucción del sistema de salud con la ayuda de donantes<sup>44</sup>. Esas iniciativas pueden tener éxito si reciben una colaboración y cooperación constantes de la población local y si se comparten con ella los conocimientos técnicos. El conocimiento de la situación política, especialmente en zonas de conflicto prolongado y sociedades en transición, también es importante para garantizar la sostenibilidad de las iniciativas que han recibido ayuda de donantes<sup>45</sup>.

#### IV. Grupos vulnerables

37. Los Estados deben prestar especial atención a las personas que el conflicto ha hecho vulnerables, a saber, las mujeres, los niños, las personas de edad, las personas con discapacidad y las comunidades desplazadas. A esos efectos, deben abordar la cuestión de la marginación que es consecuencia de la exclusión social, política y económica; la discriminación contra las personas que pertenecen o se considera que pertenecen a una comunidad determinada; la vulnerabilidad debida a la enfermedad, y las estrategias cuyo objetivo es hacer vulnerables a determinadas comunidades. Estos factores, aisladamente o en conjunto, pueden exponer a determinados grupos a factores de vulnerabilidad múltiples y aumentar el riesgo de que se conculque su derecho a la salud. Para cumplir la obligación que les incumbe con respecto a ese derecho durante los conflictos, los Estados deben reconocer los diferentes factores

<sup>41</sup> MacQueen y Santa-Barbara, "Peace building through health initiatives", pág. 293.

<sup>42</sup> OMS, Oficina Regional para Europa/Departamento de Desarrollo Internacional (Reino Unido), "WHO/DFID peace through health programme: a case study prepared by the WHO field team in Bosnia and Herzegovina", document EUR/ICP/CORD 03 05 01 (Copenhague, septiembre de 1998).

<sup>43</sup> Rita Giacaman, Hanan F Abdul-Rahim y Laura Wick, "Health sector reform in the occupied Palestinian territories: targeting the forest or the trees?" *Health Policy Plan*, vol. 18, núm. 1 (marzo de 2003), pág. 59.

<sup>44</sup> Nelson Martins y otros, "Reconstructing tuberculosis services after major conflict: experiences and lessons learned in East Timor", *PLoS Med*, vol. 3, núm. 10 (octubre de 2006), págs. 1765 a 1775.

<sup>45</sup> *Ibid.*; Giacaman, Abdul-Rahim y Wick, "Health sector reform in the occupied Palestinian territories", pág. 10.

de vulnerabilidad que afectan a las distintas comunidades y facilitar a estas los medios para que participen en todos los procesos de adopción de decisiones que afecten a su salud, lo cual además propiciará una recuperación sostenida después del conflicto.

## A. Comunidades marginadas

38. Las comunidades excluidas de las instituciones sociales, políticas y económicas a menudo están marginadas y viven en zonas donde tanto la infraestructura como la gobernanza son deficientes, por ejemplo barrios urbanos marginales, guetos y zonas fronterizas. Los conflictos también pueden tener efectos devastadores en los factores determinantes básicos de la salud, como la alimentación y la vivienda, y acrecentar de manera desproporcionada la vulnerabilidad de las comunidades marginadas a las enfermedades. Esa vulnerabilidad aumenta cuando los recursos de salud se han distribuido de manera inapropiada y desigual tanto antes como después del conflicto.

39. Servicios sanitarios inasequibles, impuestos elevados y la confiscación de suministros esenciales por las partes en conflicto aumentan la vulnerabilidad de las comunidades marginadas<sup>46</sup>. La accesibilidad también puede disminuir cuando no se dispone de servicios e información sanitarios que sean lingüística y culturalmente apropiados. La falta de reconocimiento de las distintas necesidades de las comunidades marginadas puede disuadir las de acudir a los servicios de salud y contribuir a crear en ellas un profundo sentimiento de aislamiento e indefensión.

40. Las necesidades de determinados grupos en esta materia frecuentemente son desatendidas durante los conflictos debido a los limitados servicios disponibles o a la interrupción de su prestación. Las personas de edad corren más riesgos porque tienen menos movilidad y más dificultades para desplazarse hasta los centros de salud. Pueden no tener fuerza suficiente para transportar paquetes de alimentos o contenedores de agua pesados, y a menudo carecen del apoyo de la familia, lo que les hace más vulnerables a la malnutrición y las enfermedades<sup>47</sup>. Asimismo, las personas con discapacidad, que pueden ser abandonadas por las familias que huyen del conflicto, afrontan mayores riesgos en materia de salud y seguridad<sup>48</sup>. En muchos centros no se puede proporcionar a los niños con discapacidad el tratamiento y la atención apropiados a sus necesidades de desarrollo físico, lo que reduce su capacidad para disfrutar de su derecho a la salud<sup>49</sup>.

---

<sup>46</sup> Minority Rights Group (MRG), *Uganda: The Marginalization of Minorities* (Londres, MRG International, 2001), pág. 17.

<sup>47</sup> Unni Karunakara y otros, "Ending neglect of older people in the response to humanitarian emergencies", *PLOS Medicine*, vol. 9, núm. 12 (diciembre de 2012), págs. 1 a 3.

<sup>48</sup> Human Rights Watch, *As If We Weren't Human: Discrimination and Violence against Women with Disabilities in Northern Uganda* (Nueva York, 2010), pág. 29.

<sup>49</sup> Tami Tamashiro, "Impact of conflict on children's health and disability", documento encargado para el Informe de seguimiento de la Educación para Todos en el mundo 2011, *Una crisis encubierta: conflictos armados y educación* (París, Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura, 2011).

## B. Comunidades desplazadas

41. Los conflictos suelen provocar desplazamientos de población tanto interfronterizos como dentro de los Estados. Los desplazados pueden carecer de los derechos y de los factores determinantes básicos de que gozan las comunidades de acogida<sup>50</sup>. Muchos tal vez se vean obligados a trasladarse a campamentos de socorro y vivir en condiciones precarias y de hacinamiento, donde además los servicios básicos son inadecuados, lo que contribuye a la propagación de enfermedades transmisibles. Los desplazados también pueden verse obligados a migrar a barrios urbanos marginales, lo cual puede aumentar su vulnerabilidad a determinados factores a causa no solo de la falta de capacidad y recursos, sino también a la renuencia de los Estados a atender sus necesidades.

42. Además, los desplazados son especialmente vulnerables cuando su condición jurídica les impide acceder a las instalaciones, bienes y servicios de salud y aprovechar las oportunidades económicas<sup>51</sup>. Muchas de esas personas pueden tener que trabajar en condiciones deficientes o insalubres, con el consiguiente aumento del riesgo de sufrir enfermedades<sup>52</sup>. El gran número de personas que tratan de acceder a la atención sanitaria y los factores determinantes básicos de la salud puede ser causa de tensiones, en detrimento de las comunidades tanto de acogida como desplazadas<sup>53</sup>. En consecuencia, las comunidades desplazadas pueden sufrir discriminación en el acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud y los factores determinantes básicos.

## C. Las mujeres

43. Los conflictos pueden agravar la vulnerabilidad de las mujeres a las enfermedades, la discriminación y la violencia basada en el género. Las mujeres suelen sufrir más intensamente los efectos negativos de los conflictos en la salud debido a sus necesidades físicas y reproductivas durante el embarazo y la lactancia<sup>54</sup>. La mayoría de las defunciones maternas durante conflictos se producen durante el parto o en el período inmediatamente posterior por la falta de una atención reproductiva y materna de calidad, como planificación de la familia, servicios obstétricos de urgencia y atención pre y postnatal<sup>55</sup>. En situaciones de conflicto, es más probable que, en caso de embarazo no planificado, la mujer acuda a servicios en los que se practique el aborto en condiciones de riesgo<sup>56</sup>.

<sup>50</sup> Comité Internacional de Rescate, "Syria: A Regional Crisis", 2013, pág. 12.

<sup>51</sup> Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, "Syria regional response plan: January to June 2013" (Ginebra, 2013), pág. 11.39. Puede consultarse en: [www.unhcr.org](http://www.unhcr.org).

<sup>52</sup> Ibid.

<sup>53</sup> Comité Internacional de Rescate, "Syria", pág. 13

<sup>54</sup> CICR, "Addressing the needs of women affected by armed conflict" (Ginebra, 2004), págs. 10, 121 y 133.

<sup>55</sup> MSF, "Maternal death: the avoidable crisis" (Nueva York, 2012); N. Howard y otros, "Reproductive health for refugees by refugees in Guinea III: maternal health", *Conflict and Health*, vol. 5, núm. 5 (12 de abril de 2011), pág. 1.

<sup>56</sup> Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), "The Impact of armed conflict on women and girls: a consultative meeting on mainstreaming gender in areas of conflict and reconstruction, Bratislava, 13-15 November 2001" (Nueva York, 2002), pág. 44.

44. Las mujeres suelen ser también las principales encargadas del cuidado de los niños en situaciones de conflicto y pueden esforzarse en satisfacer las necesidades de sus hijos descuidando las suyas propias. El desigual acceso a recursos como la tierra, el empleo y los préstamos puede dejar a muchas mujeres y sus familias desvalidas y vulnerables<sup>57</sup>. Al tener posibilidades limitadas, las mujeres pueden aceptar empleos poco especializados y en el sector informal, en los que se cobran salarios más bajos, se corren más peligros y se está más expuesto a la explotación<sup>58</sup>. Las mujeres que dependen de grupos armados y de organismos de asistencia también pueden dedicarse a un trabajo sexual a cambio de dinero, alojamiento, alimentos u otras necesidades básicas<sup>59</sup> y exponerse así a un mayor riesgo de contraer el VIH y enfermedades de transmisión sexual<sup>60</sup>.

45. Los desplazamientos masivos, la desorganización de las redes comunitarias y familiares y el desmoronamiento institucional pueden crear un vacío en el que las mujeres y las muchachas sean vulnerables a violencia sexual<sup>61</sup>. Corren más riesgo de explotación sexual y trata y de sufrir violencia y malos tratos por parte de los miembros de su familia. Los centros de salud que carecen de profesionales cualificados, mecanismos de remisión de pacientes y servicios de asesoramiento psicológico pueden ser incapaces de identificar y enfrentar esas formas de violencia sexual relacionada con los conflictos. Así ocurre en particular cuando los servicios de salud solo se ocupan de los actos de violencia sexual cometidos por grupos armados<sup>62</sup>. El estigma que acompaña a la violencia sexual y el VIH y la falta de mecanismos adecuados de protección también pueden contribuir a estados de salud física y mental negativos. El estigma, el abandono por sus familias y comunidades y las represalias de los autores crean un ambiente que perpetúa la violencia basada en el género y comporta la exclusión y desvalimiento de las víctimas. La falta de servicios que promuevan su seguridad y respeten su confidencialidad socava la plena participación de estas en la sociedad, especialmente en el esfuerzo de reconstrucción después de un conflicto.

## D. Los niños

46. Los niños son especialmente vulnerables en las situaciones de conflicto por la falta de higiene y la inseguridad alimentaria<sup>63</sup>. La malnutrición, en particular, reduce la inmunidad y la resistencia a enfermedades prevenibles y transmisibles,

<sup>57</sup> Agencia Austríaca de Desarrollo, “Focus: women, gender and armed conflict” (Viena, 2009), págs. 2 y 3. Puede consultarse en: [www.oecd.org](http://www.oecd.org).

<sup>58</sup> *Women, Peace and Security* (publicación de las Naciones Unidas, número de venta: E.03.IV.9), págs. 115 a 117.

<sup>59</sup> Kirsti Lattu, “To complain or not to complain still the question: consultations with humanitarian aid beneficiaries on their perceptions of efforts to prevent and respond to sexual exploitation and abuse”, Ginebra, Humanitarian Accountability Partnership, 2008, págs. 20 a 22.

<sup>60</sup> OMS, Oficina Regional para Europa, “Violence against women living in situations of armed conflict”, Copenhague, 2000, pág. 13.

<sup>61</sup> UNFPA, “HIV/AIDS, gender and conflict situations”, pág. 1, Puede consultarse en: [www.unfpa.org/hiv/docs/factsheet\\_conflict.pdf](http://www.unfpa.org/hiv/docs/factsheet_conflict.pdf).

<sup>62</sup> Human Security Research Group, *Human Security Report 2012: Sexual Violence, Education and War: Beyond the Mainstream Narrative* (Vancouver, Human Security Press, 2012), págs. 34, 35 y 45.

<sup>63</sup> Oficina Internacional de los Derechos del Niño, *Children and Armed Conflict: A Guide to International and Humanitarian Law* (Montreal, 2010), pág. 160.

como la diarrea y el paludismo<sup>64</sup>. La desorganización de los sistemas de vigilancia y de vacunación también contribuye a la vulnerabilidad de los niños a las enfermedades y menoscaba su derecho a la salud<sup>65</sup>.

47. Los conflictos pueden también tener efectos psicológicos devastadores en el bienestar y desarrollo del niño. Experiencias traumáticas, malos tratos y estrés crónico pueden aumentar el riesgo de trauma, especialmente cuando el niño está separado de su familia. Sin embargo, las necesidades de salud mental de los niños pueden no ser atendidas debido a la inexistencia de servicios psicológicos<sup>66</sup>.

48. Los conflictos también pueden suponer la adopción de nuevas funciones y responsabilidades por los niños y aumentar así su vulnerabilidad a la violencia y explotación sexuales<sup>67</sup>. En las situaciones de conflicto, los centros de salud a veces carecen de servicios apropiados a las necesidades de los niños que han padecido violencia sexual, especialmente en el caso de los varones. La exposición de las niñas a violencia sexual aumenta el riesgo de nuevas violaciones. Por ejemplo, a veces se considera que el hecho de casar a las niñas con su violador es una forma de “proteger el honor” de la niña<sup>68</sup>. Sin embargo, obligar a quienes han sufrido violencia sexual a casarse con su autor supone una nueva victimización y la legitimación de esos actos, así como la aceptación social de la violencia sexual (A/66/657-S/2012/33).

## E. Estrategias adoptadas durante los conflictos

49. Tal como han observado el Consejo de Seguridad (resolución 1820 (2008) y otros<sup>69</sup>, puede perseguirse a determinados civiles por su pertenencia real o presunta a un grupo étnico, religioso o político. Tales estrategias representan un atentado contra la dignidad humana y son claramente incompatibles con el derecho a la salud. En determinadas circunstancias, también pueden calificarse de crímenes de lesa humanidad, genocidio o crímenes de guerra. Por ejemplo, está bien documentada la utilización de la violencia basada en el género como estrategia de guerra<sup>70</sup>. Ese tipo

<sup>64</sup> Flavia Bustreo y otros, “Improving child health in post-conflict countries: can the World Bank contribute?” (Washington, D.C., Banco Mundial, 2005).

<sup>65</sup> Ibid.; Oficina Internacional de los Derechos del Niño, pág. 160.

<sup>66</sup> M. Hasanović y otros, “Psychological disturbances of war-traumatized children from different foster and family settings in Bosnia and Herzegovina”, *Croatian Medical Journal*, vol. 47, núm. 1 (2006), págs. 86 y 87.

<sup>67</sup> Watch List on Children and Armed Conflict, “Caught in the middle: mounting violations against children in Nepal's armed conflict” (Nueva York, 2005), págs. 30 y 31.

<sup>68</sup> Save the Children, “Unspeakable crimes against children” (Londres, 2013), pág. 7; Megan Bastick, Karin Grimm y Rahel Kunz, *Sexual Violence in Armed Conflict: Global Overview and Implications for the Security Sector* (Ginebra, Centro de Ginebra para el Control Democrático de las Fuerzas Armadas, 2007), pág. 14.

<sup>69</sup> Comisión Interamericana de Derechos Humanos, “Las mujeres frente a la violencia y la discriminación derivadas del conflicto armado en Colombia”.

<sup>70</sup> El Tribunal Penal Internacional para Rwanda y el Tribunal Internacional para la ex Yugoslavia han dictado sentencias de condena por violencia sexual considerando que esta constituye un instrumento de crímenes de lesa humanidad (Tribunal Penal Internacional para Rwanda, *Prosecutor v. Akayesu*, causa N°. ICTR-96-4-T, fallo de 2 de septiembre de 1998, párr. 596); crímenes de guerra (Tribunal Internacional para la ex Yugoslavia, *Prosecutor v. Zejnil Delalic, Zdravko Mucic, Hazim Delic and Esad Landzo*, causa N° IT-96-21-T, fallo de 15 de noviembre de 1998, párr. 495), e indicios de esclavitud (Tribunal Internacional para la ex Yugoslavia,

de violencia puede consistir en violación incestuosa y violación pública, violación como vector deliberado del VIH, campamentos establecidos a los efectos de un embarazo forzado de las mujeres, y violación como instrumento de represión política<sup>71</sup>. Las mujeres y las niñas son frecuentemente objeto de violencia sexual, aunque los hombres y los niños pueden ser tratados con igual severidad<sup>72</sup>. Según ha observado la Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (véase E/CN.4/2004/19) entre otros<sup>73</sup>, los grupos armados también pueden dirigir su acción concretamente contra los trabajadores sexuales, las minorías sexuales y étnicas y otras comunidades como instrumento de “depuración social” de “elementos indeseables”. Por el hecho de tratar a los civiles como objetivo de guerra, los efectos físicos y psicológicos de la violencia sexual pueden no limitarse a las víctimas inmediatas y afectar a comunidades enteras<sup>74</sup>. Debido al estigma que acompaña a la violencia sexual, las víctimas a menudo se ven obligadas a guardar silencio y son excluidas de sus comunidades<sup>75</sup>. Los efectos de esa violencia en la salud mental de las víctimas, así como en su familia y su comunidad, pueden durar generaciones<sup>76</sup>. La violencia sexual también representa un obstáculo a la participación de las comunidades afectadas en los esfuerzos de salud pública durante mucho tiempo después de terminado el conflicto.

50. Las partes en un conflicto también utilizan algunas veces los servicios de salud como estrategia para atacar a ciertas comunidades. Pueden negar la prestación de ayuda humanitaria y servicios de salud a determinados individuos o comunidades por motivos étnicos, religiosos o políticos<sup>77</sup>. La destrucción de factores determinantes básicos de la salud, por ejemplo mediante el envenenamiento de pozos y la quema de tierras de cultivo, es otra estrategia para privar a las comunidades afectadas de dignidad y bienestar<sup>78</sup>. Tales estrategias pueden menoscabar la capacidad de los grupos seleccionados para hacer frente a graves necesidades de salud<sup>79</sup>. Esos grupos pueden verse en la imposibilidad de tener acceso a alimentos nutritivos, higiene o atención médica y, por tanto, de disfrutar de

---

*Prosecutor v. Dragoljub Kunerac, Radomir Kovas y Zoran Vucovic*, causa N° IT-96-23-T y IT-96-23/1-T, párr. 543).

- <sup>71</sup> Obijiofor Aginam, “Rape and HIV as weapons of war” (Tokyo, UNU Press, 27 de junio de 2012). Puede consultarse en: <http://unu.edu/publications/articles/rape-and-hiv-as-weapons-of-war.html>; Anuradha Kumar, *Human Rights: Global Perspectives* (Nueva Delhi, Sarup & Sons, 2002), págs. 101 a 152; Bülent Diken y Carsten Bagge Lausten, “Becoming abject: rape as a weapon of War”, *Body & Society*, vol. 11, núm. 1 (2005), pág. 115.
- <sup>72</sup> Sandesh Sivakumaran, “Sexual violence against men in armed conflict”, *European Journal of International Law*, vol. 18, núm. 2 (2007), págs. 253 y 263.
- <sup>73</sup> Maria Zea y otros, “Armed conflict, homonegativity and forced internal displacement: implications for HIV among Colombian gay, bisexual and transgender individuals”, *Culture, Health, and Sexuality*, vol. 15, núm. 7 (abril de 2013), pág. 8.
- <sup>74</sup> HRW, *The War Within the War: Sexual Violence Against Women and Girls in Eastern Congo* (Nueva York, 2002), pág. 41.
- <sup>75</sup> OMS, “Rape: how women, the community and the health sector respond” (Ginebra, 2007). Puede consultarse en: [www.svri.org/rape.pdf](http://www.svri.org/rape.pdf), págs. 12 a 14; Nadera Shalhoub-Kevorkian, “Towards a cultural definition of rape”, *Women’s Studies International Forum*, vol. 22, núm. 2 (marzo/abril de 1999), págs. 165 y 166.
- <sup>76</sup> Colleen Kivlahan y otros, “Rape as a weapon of war in modern conflicts”, *British Medical Journal*, vol. 340, núm. 3270 (junio de 2010), págs. 468 y 469.
- <sup>77</sup> MSF, “Syria: medicine as a weapon of persecution” (Nueva York, 2012).
- <sup>78</sup> Médicos en pro de los Derechos Humanos, *Darfur: Assault on Survival: A Call for Security, Justice and Restitution* (Washington, D.C., 2006), págs. 37 y 38.
- <sup>79</sup> *Ibid.*

su derecho a la salud. También puede no permitírseles participar en el proceso de adopción de decisiones democrático, incluidas las decisiones relativas a los servicios de salud, y perpetuar así desigualdades en materia de salud en las situaciones posteriores a conflictos.

## V. Obligaciones de entidades distintas del Estado

51. Incumbe a los Estados partes en un conflicto la responsabilidad principal de garantizar el disfrute del derecho a la salud. Sin embargo, otros Estados y agentes no estatales, incluidos los grupos armados, las organizaciones internacionales y las organizaciones no gubernamentales humanitarias, también tienen obligaciones con respecto al disfrute del derecho a la salud de las poblaciones afectadas.

### A. Obligaciones internacionales

52. De conformidad con el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados tienen la obligación de tomar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, para lograr la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales, incluido el derecho a la salud. En cumplimiento de sus obligaciones internacionales, los Estados deben respetar el derecho a la salud de las poblaciones de otros países, protegerlas contra su conculcación por terceros cuando puedan ejercer influencia sobre ellos por medios jurídicos o políticos, y facilitar el acceso a servicios de salud esenciales en otros países de acuerdo con la disponibilidad de recursos. En particular, los Estados tienen la obligación de proporcionar ayuda humanitaria en casos de desastre y situaciones de emergencia, incluidas situaciones de conflicto y posteriores a conflictos.

53. Dentro del ámbito de la cooperación y la asistencia internacionales, los Estados deben respetar, proteger y hacer efectivo el derecho a la salud de las personas que huyen de situaciones de conflicto. La carga de satisfacer las necesidades de las poblaciones desplazadas por conflictos a menudo recae sobre Estados que carecen de los medios necesarios<sup>80</sup>. A este respecto, otros Estados deben adoptar medidas para proporcionar asistencia internacional apropiada, en particular ayuda, a los países a los que se trasladan personas desplazadas por un conflicto, y para facilitar su reasentamiento. Los Estados también deben garantizar la disponibilidad y accesibilidad de instalaciones, bienes y servicios de salud de calidad y los factores determinantes básicos de la salud a los desplazados, independientemente de que sean o no nacionales del Estado. También deben abstenerse de adoptar políticas que conculquen el derecho a la salud, como la detención obligatoria o la deportación<sup>81</sup>.

54. Los Estados frecuentemente imponen sanciones económicas como medio de ejercer presión sobre las partes en conflicto o para controlar el flujo de recursos a

---

<sup>80</sup> ACNUR, *Global Trends 2012* (Ginebra, 2013), pág. 2.

<sup>81</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14 (2000), párrs.43 a) y 54. Con respecto a los efectos de la detención obligatoria sobre el derecho a la salud, véase, por ejemplo, el informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, misión a Australia (A/HRC/14/20/Add.4, párrs. 92 y 97).

las zonas afectadas por él<sup>82</sup>. Dichas sanciones pueden tener efectos negativos en el derecho a la salud de la población civil, no solo porque comporten una disminución de los suministros médicos, sino también por aumentar las demoras administrativas para la obtención de bienes y servicios esenciales, agravar la pobreza y reducir los recursos disponibles para salud, infraestructura y educación<sup>83</sup>. A fin de garantizar el pleno disfrute del derecho a la salud de la población afectada por un conflicto, nunca deberán incluirse en las sanciones los suministros y el equipo médicos, el agua, los alimentos y otros elementos esenciales para la salud de la población. Además, se debe proceder a una vigilancia efectiva de todas las sanciones tanto antes como después de su imposición para determinar sus efectos en el derecho a la salud, y las sanciones deben ser transparentes y adecuadas, independientemente de su objetivo político<sup>84</sup>.

## B. Grupos armados no estatales

55. La mayoría de los conflictos contemporáneos son conflictos armados no internacionales en los que participan uno o más grupos armados no estatales<sup>85</sup>. Esos grupos pueden influir de manera considerable en el disfrute del derecho a la salud durante un conflicto. En un estudio se ha observado que hay la misma probabilidad de que grupos armados no estatales o las fuerzas estatales ataquen establecimientos de salud o interfieran en su funcionamiento, y la probabilidad de que esos grupos penetren en hospitales con fines ilegítimos es casi el doble de que lo hagan las fuerzas estatales<sup>86</sup>.

56. Hay un acuerdo cada vez más amplio en el sentido de que los grupos armados no estatales que alcancen determinado nivel de organización y control deben respetar el derecho internacional humanitario y el derecho de los derechos humanos<sup>87</sup>. El artículo 3 común a los Convenios de Ginebra de 1949 y su Protocolo Adicional II se refiere a las partes en conflicto, que, de acuerdo con los tribunales internacionales, incluyen a los grupos armados no estatales organizados<sup>88</sup>. Asimismo, comisiones de investigación han llegado a la conclusión de que los grupos armados que son estables, están organizados y ejercen un control efectivo sobre el territorio tienen personalidad jurídica con respecto a un conjunto claramente definido de obligaciones en virtud del derecho internacional humanitario y el derecho de los derechos humanos (véase A/HRC/19/69, párrs. 106 y 106, y A/HRC/17/44). Esas obligaciones comprenden la de abstenerse de atacar instalaciones, vehículos y al personal humanitario o interferir en su funcionamiento o actuación y de causar daños a la población civil, en particular mediante violencia

<sup>82</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 8, (1997), párr. 2.

<sup>83</sup> *Ibid.*, párrs. 3 a 6.

<sup>84</sup> *Ibid.*, párrs. 12 y 13.

<sup>85</sup> Banco Mundial, *Informe sobre el desarrollo mundial 2011*.

<sup>86</sup> CICR, *A Sixteen-Country Study*, págs. 8 a 10.

<sup>87</sup> Véase Andrew Clapham, 'Non-State actors', en Daniel Moeckli y otros, *International Human Rights Law*, 2ª ed. (Oxford University Press, de próxima publicación).

<sup>88</sup> *Ibid.*; *Prosecutor v. Akayesu*, párr. 611, *Corte Internacional de Justicia, Military and Paramilitary Activities in and Around Nicaragua (Nicaragua v. United States of America)*, fallos, *ICJ Reports 1986*, pág. 14, párr. 119; Corte Interamericana de Derechos Humanos, *Abella vs. Argentina*, Informe N° 55/97, caso núm. 11.137, 18 de noviembre de 1997.

sexual o la destrucción de sistemas de suministro de alimentos o abastecimiento de agua<sup>89</sup>.

57. Los grupos armados no estatales también deben cumplir la expectativa de la comunidad internacional de que respetarán las normas contenidas en la Declaración Universal de Derechos Humanos, especialmente cuando ejerzan control sobre el territorio (A/HRC/2/7, párr. 19 y E/CN.4/2006/53/Add.5, párrs. 25 y 26). Además, de acuerdo con el marco del derecho a la salud, todos los sectores de la sociedad tienen la responsabilidad de hacer efectivo ese derecho<sup>90</sup>, incluidos agentes no estatales como los grupos armados y otros portadores de armas en situaciones de conflicto. Por último, se ha exigido a los grupos armados el cumplimiento de obligaciones contraídas voluntariamente en virtud de acuerdos, declaraciones unilaterales y sistemas de vigilancia en el marco del Consejo de Seguridad (resolución 1988 (2011)), que incluían la obligación tanto de respetar los derechos humanos como de protegerlos o hacerlos efectivos cuando los grupos armados ejercieran el control y tuvieran autoridad para ello<sup>91</sup>. Por lo tanto, los grupos armados deben, como mínimo, respetar los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, y pueden contraer también la obligación de proteger o hacer efectivos los derechos humanos. La obligación de los Estados de proteger a la población contra violaciones por parte de terceros persiste independientemente de que haya o no grupos armados presentes en su territorio, y la presencia de terceros no se debe utilizar por los Estados como excusa para abstenerse de cumplir la responsabilidad que les incumbe con respecto al derecho a la salud en las zonas en conflicto.

58. Sin embargo, no están claramente definidas las responsabilidades de los grupos armados no estatales con respecto a los derechos humanos ni los mecanismos para exigirles la rendición de cuentas, aparte los procesos penales. A este respecto, la obligación del Estado de facilitar el cumplimiento de las responsabilidades relacionadas con el derecho a la salud por todos los sectores de la sociedad es especialmente importante. Los Estados, la sociedad civil y las organizaciones internacionales han propiciado la celebración de acuerdos sobre cuestiones de derechos humanos y humanitarias con los grupos armados no estatales, incluidos acuerdos para establecer “días de tregua” a fin de que el personal sanitario pueda administrar vacunas en condiciones de seguridad<sup>92</sup>. Los Estados deben adoptar, apoyar y ampliar ese tipo de iniciativas para proteger y garantizar el disfrute del derecho a la salud en situaciones de conflicto y reducir al mínimo los efectos de los conflictos en los grupos vulnerables.

59. El Relator Especial reconoce que las partes en conflicto pueden mostrarse reacias a celebrar ese tipo de acuerdos por temor a legitimar a la otra parte o a ceder

<sup>89</sup> “Report of the International Commission of Inquiry on Darfur to the United Nations Secretary General”, 25 de enero de 2005, párrs. 165 y 166.

<sup>90</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14 (2000), párr. 42.

<sup>91</sup> Llamamiento de Ginebra, Escritura de compromiso con el Llamamiento de Ginebra para la protección de los niños y las niñas de los efectos del conflicto armado, párr. 7. Puede consultarse en: [www.genevacall.org](http://www.genevacall.org); Acuerdo sobre los Derechos Humanos entre El Salvador y el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional, 26 de julio de 1990. Puede consultarse en: [www.geneva.academy.ch](http://www.geneva.academy.ch).

<sup>92</sup> Len Rubenstein, “Defying expectations: polio vaccinations amid political and armed conflict” (Peace Brief, Washington, D.C., United States Institute of Peace, 2010). Puede consultarse en: [www.usip.org](http://www.usip.org).

control sobre el territorio o funciones gubernamentales<sup>93</sup>. Sin embargo, muchas de esas objeciones pueden superarse con medidas tales como la exclusión de los acuerdos sobre derechos humanos de las negociaciones sobre cesación del fuego o de reparto de poder, la declaración explícita de que esas negociaciones no comportarán un reconocimiento político, o la designación de un tercero que cuente con la confianza de ambas partes como mediador en las negociaciones, y no deben considerarse insuperables<sup>94</sup>. Los Estados también deben velar por que esas iniciativas no tropiecen con el obstáculo de leyes antiterroristas excesivamente amplias. Muchas de esas leyes condenan actualmente la celebración de todo tipo de conversaciones con organizaciones a las que se considere grupos terroristas, lo cual disuade a muchos organismos humanitarios a entablar conversaciones con grupos armados sobre sus responsabilidades en materia de derechos humanos por temor a ser tachadas de grupos armados “terroristas” o vinculados a ellos<sup>95</sup>.

### C. Organizaciones intergubernamentales y no gubernamentales

60. En el marco del derecho a la salud se reconoce que las organizaciones internacionales y no gubernamentales tienen especial importancia en relación con la prestación de socorro en casos de desastre y ayuda humanitaria en situaciones de emergencia, incluida la prestación de asistencia a los refugiados y los desplazados internos<sup>96</sup>. Las organizaciones internacionales y no gubernamentales también pueden intervenir en conflictos para desempeñar una labor de vigilancia o como mediadoras, fuerzas de mantenimiento de la paz y administradoras territoriales. Esas organizaciones deben velar por que en sus decisiones y actividades se tenga debidamente en cuenta el derecho a la salud, en particular adoptando políticas de salud basadas en los derechos, prestando especial atención a las necesidades de los grupos vulnerables y garantizando la participación de las comunidades afectadas. Deben asegurarse de que haya firmes mecanismos de rendición de cuentas, sobre todo en situaciones de mantenimiento de la paz y de imposición de la paz. Cabe mencionar, entre otros, regímenes disciplinarios efectivos, normas operacionales claras, sistemas de seguimiento y de recopilación de datos, y sistemas de solución de controversias independientes y accesibles, particularmente en las organizaciones internacionales que gocen de inmunidad de jurisdicción interna.

## VI. Rendición de cuentas y recursos

61. La rendición de cuentas es un aspecto fundamental del marco del derecho a la salud. Requiere una vigilancia independiente, una investigación pronta, una

<sup>93</sup> Véase Academia de Derecho Internacional Humanitario y Derechos Humanos de Ginebra, *Reglas del Juego: Cómo proteger a los civiles mediante el diálogo con los actores armados no estatales* (Ginebra, 2011), págs. 5 a 7. Puede consultarse en: [www.geneva.academy.ch](http://www.geneva.academy.ch). Véase también el informe del Relator Especial sobre la promoción y la protección de los derechos humanos y las libertades fundamentales en la lucha contra el terrorismo (A/HRC/6/17 y Corr.1, párrs. 42 a 50).

<sup>94</sup> Academia de Ginebra, *Reglas del Juego*, págs. 8 a 57.

<sup>95</sup> Naz K. Modirzadeh, Dustin A. Lewis y Claude Bruderlein, “Humanitarian engagement under counter-terrorism: a conflict of norms and the emerging policy landscape”, *Review of the International Committee of the Red Cross*, vol. 93, núm. 883 (septiembre de 2011), pág. 623.

<sup>96</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14 (2000), párr. 65.

gobernanza transparente, incluida la recopilación y difusión de información precisa y completa, y la posibilidad de acceso de las víctimas de violaciones a recursos. También se establecen estas exigencias en el derecho internacional humanitario, ya que los Estados están obligados a prevenir, investigar y castigar toda infracción de cualquiera de sus normas<sup>97</sup>. Las instituciones militares, de policía y médicas deben regirse por políticas y códigos de conducta claros para proteger el derecho a la salud en situaciones de conflicto<sup>98</sup>.

## A. Vigilancia y transparencia

62. Los actuales sistemas de vigilancia no siempre captan debidamente las violaciones del derecho a la salud en situaciones de conflicto, en particular cuando se atacan establecimientos de salud o se obstaculiza la prestación de atención sanitaria<sup>99</sup>. La vigilancia de tales violaciones en situaciones de conflicto y posteriores a conflictos frecuentemente es insuficiente o incompleta debido a la inseguridad imperante y a la falta de recopilación y difusión de datos sistemáticos por los Estados y las organizaciones internacionales<sup>100</sup>. Los mecanismos de vigilancia pueden concentrarse excesivamente en cuestiones que han tenido mucha resonancia, por ejemplo ataques contra el personal encargado de la ayuda internacional, en vez de examinar violaciones más comunes, como las amenazas contra el personal local o los daños causados en los factores determinantes básicos<sup>101</sup>. La práctica de ejercer represalias contra los denunciantes puede hacer que el personal sanitario y las poblaciones afectadas, que están en las mejores condiciones para denunciar violaciones del derecho a la salud, se muestren reacios a efectuar la denuncia por temor a encontrarse en la situación de no poder prestar o no tener acceso a atención médica.

63. La imposición de una prohibición general de denunciar violaciones no debe justificarse por razones de seguridad, particularmente cuando existen medios menos restrictivos de garantizar la seguridad, por ejemplo permitiendo presentar denuncias anónimas<sup>102</sup>. Los Estados deben velar por que los investigadores independientes dispongan de información exacta, y no deben ejercer represalias contra las personas que denuncien violaciones. También deben prevenir e investigar las amenazas y los ataques de agentes estatales y terceros contra esas personas. Los Estados deben fomentar especialmente las iniciativas de vigilancia basadas en la comunidad, porque así se tienen en cuenta los puntos de vista de la población local, y también

---

<sup>97</sup> Véanse las fuentes citadas en Jean-Marie Henckaerts y Louise Doswald-Beck, *El derecho internacional humanitario consuetudinario*, vol. I, Normas (Cambridge, Reino Unido, CICR y Cambridge University Press, 2005), norma 158. Puede consultarse en: [www.icrc.org](http://www.icrc.org).

<sup>98</sup> Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general N° 14 (2000), párrs. 55, 56 y 59.

<sup>99</sup> Leonard Rubenstein, "Protection of health care in armed and civil conflict: opportunities for breakthroughs" (Washington, D.C., Center for Strategic and International Studies, 2012), págs. 2 a 4. Puede consultarse en: [http://csis.org/files/publication/120125\\_Rubenstein\\_ProtectionOfHealth\\_Web.pdf](http://csis.org/files/publication/120125_Rubenstein_ProtectionOfHealth_Web.pdf).

<sup>100</sup> *Ibid.*, pág. 2.

<sup>101</sup> CICR, "Health care in danger: violent incidents affecting health care: January to December 2012" (Ginebra, 2013), pág. 5.

<sup>102</sup> P. Jennings y S. Swiss, "Supporting local efforts to document human rights violations in armed conflict", *Lancet*, vol. 357, núm. 9252 (enero de 2001), pág. 302.

proporcionar información transparente y fidedigna a la sociedad civil y las comunidades afectadas.

64. La falta de transparencia y de rendición de cuentas en la programación y la gobernanza de la salud en situaciones de conflicto menoscaban la confianza entre las poblaciones afectadas y los Estados, inhiben todo intento de mejorar la prestación y la protección de los servicios de salud en las zonas afectadas por conflictos y obstaculizan una evaluación precisa de la distribución de la ayuda. También pueden aumentar el riesgo de nuevas violaciones y dificultar aún más ponerles remedio. En particular, desalientan la prestación de asistencia a las zonas afectadas por conflictos, de manera que sistemas de salud devastados pueden verse privados de fondos muy necesarios. Los países afectados por conflictos reciben un 43% menos de asistencia que los países con necesidades de desarrollo análogas, y dos de las razones de esa disparidad son el mayor riesgo de apropiación indebida y las dificultades de vigilancia<sup>103</sup>.

## B. Recursos

65. Contar con recursos rápidos, eficaces y apropiados cuando se producen infracciones es parte fundamental de la rendición de cuentas. Dentro del marco del derecho a la salud, toda persona o todo grupo que sea víctima de una violación del derecho a la salud debe contar con recursos judiciales efectivos u otros recursos apropiados en los planos nacional e internacional, incluida una reparación adecuada, que puede adoptar la forma de restitución, indemnización, satisfacción o garantías de que no se repetirán los hechos. Los Estados deben establecer medios eficaces, rápidos y accesibles de interponer recursos en los sistemas judicial y administrativo. También deben velar por que procesos de consolidación de la paz, como amnistías, la prescripción, o la no incoación de acciones civiles o penales contra las fuerzas militares o de policía, no obstaculicen el acceso a recursos, y deben habilitar medios para interponer recursos tanto contra el Estado como contra agentes no estatales.

66. Los recursos no deben limitarse a medidas punitivas contra los autores, sino que también deben tener por objeto restablecer el derecho a la salud de las personas afectadas y superar las divisiones en la sociedad que puedan dar lugar a un conflicto duradero o que haberse producido a causa de él. La satisfacción y las garantías de no repetición, que comprenden la adopción de medidas para conseguir que no continúen las violaciones y prevenir violaciones futuras, son, según señaló la Asamblea General en su resolución 60/147, especialmente importantes por los efectos duraderos y sistémicos que los conflictos tienen en el derecho a la salud. En el contexto de este, las garantías de no repetición suponen una mayor protección del personal sanitario en las zonas afectadas por conflictos; el establecimiento de códigos de conducta claros sobre el uso apropiado de los servicios médicos; la capacitación y concienciación de los agentes apropiados, incluido el personal encargado de hacer cumplir la ley, con respecto a todos los aspectos del derecho a la salud; la introducción de reformas legislativas, en particular la promulgación de leyes que prohíban todo acto que obstaculice la prestación imparcial de atención sanitaria; y el establecimiento de sistemas independientes de vigilancia y arreglo de

---

<sup>103</sup> Preeti Patel y otros, "A review of global mechanisms for tracking official development assistance for health in countries affected by armed conflict", *Health Policy*, vol. 100, núms. 2 y 3 (2011), pág. 117.

controversias. El recurso de satisfacción incluye la imposición de sanciones judiciales y administrativas, el reconocimiento de los hechos y la adopción de medidas eficaces para que no continúen las violaciones.

67. Las medidas correctivas deben comportar la supresión de políticas y leyes discriminatorias y la formulación y ejecución de amplios planes nacionales de salud que permitan lograr la plena efectividad del derecho a la salud después de conflictos. Los Estados también deben establecer plataformas que permitan restañar las heridas causadas en la sociedad por el conflicto. Mecanismos como las comisiones para la verdad y la reconciliación, los tribunales penales internacionales e híbridos, los mecanismos de derechos humanos internacionales y regionales y las misiones de investigación pueden representar un complemento importante de los recursos judiciales y administrativos existentes en el plano nacional a este respecto. Es fundamental que las comunidades afectadas participen en los procesos de reparación a todos los niveles a efectos de una solución constructiva y sostenible del conflicto.

## VII. Conclusión y recomendaciones

68. **La adopción de un enfoque basado en el derecho a la salud con respecto a las situaciones de conflicto obliga a los Estados a adoptar medidas continuas y concretas para hacer efectivo el derecho a la salud de las personas afectadas por un conflicto, incluidas las que participan activamente en él. El Relator Especial recomienda que los Estados promulguen y apliquen leyes y políticas que respeten, protejan y den cumplimiento al derecho a la salud de las poblaciones afectadas, especialmente los grupos vulnerables, antes, durante y después del conflicto.**

69. **El Relator Especial subraya que la participación efectiva de las comunidades afectadas, especialmente los grupos vulnerables, es un elemento fundamental del marco del derecho a la salud. Las comunidades afectadas deben participar en todo momento en la elaboración, la aplicación y el seguimiento de las decisiones y los acuerdos que afecten a su derecho a la salud, incluidas las políticas relativas a las situaciones de conflicto y posteriores a conflictos.**

70. **El Relator Especial insta a los Estados que participan en situaciones de conflicto a:**

**a) Proveer recursos, incluso dentro del marco de la asistencia humanitaria, para cumplir las obligaciones que les incumben con respecto al derecho a la salud. Los Estados deben cumplir en todo momento, sin excepción, sus obligaciones básicas con respecto al derecho a la salud;**

**b) Garantizar la disponibilidad, accesibilidad y aceptabilidad de instalaciones, bienes y servicios de salud de calidad a todas las personas afectadas por un conflicto o que participen en él, sin discriminación. Debe prestarse particular atención a los grupos vulnerables;**

**c) Abstenerse de adoptar leyes y políticas que castiguen a los profesionales que presten servicios de salud a las personas que participan en un conflicto, o derogarlas o rescindir las cuando existan. Los Estados también**

deben abstenerse de entorpecer el ejercicio del deber de los profesionales de la salud de prestar servicios de manera imparcial;

d) Abstenerse de obstaculizar, restringir o limitar el acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud. Cuando tales barreras sean necesarias, las restricciones deben ser proporcionales al objetivo que se persigue y ser lo menos restrictivas posible;

e) Abstenerse de atacar instalaciones, bienes y servicios y al personal sanitario, especialmente como estrategia de guerra, incluso en las zonas controladas por grupos armados. Los Estados también deben adoptar medidas para proteger las instalaciones, bienes y servicios y al personal sanitario contra los ataques de grupos armados no estatales;

f) Abstenerse de militarizar las instalaciones, bienes y servicios de salud;

g) Colaborar con los grupos armados no estatales, mediante acuerdos voluntarios, para facilitar el acceso a las instalaciones, bienes y servicios de salud;

h) Garantizar una vigilancia eficaz de las violaciones del derecho a la salud durante conflictos proporcionando información a los grupos de vigilancia independientes, incluidos los grupos de vigilancia comunitarios, y facilitando su acceso a ella.

71. El Relator Especial insta a los Estados que se están recuperando de un conflicto a:

a) Elaborar y aplicar planes de reconstrucción de la infraestructura y de fomento de los factores determinantes básicos, con particular atención a las necesidades de los grupos vulnerables. Los Estados deben promulgar leyes que garanticen una distribución equitativa de los factores determinantes básicos y el disfrute efectivo del derecho a la salud por todos, especialmente los grupos vulnerables;

b) Proveer recursos suficientes para la ejecución de políticas de reconstrucción. Las iniciativas financiadas por donantes deben servir de complemento y apoyo a las políticas de salud nacionales, cuando sea necesario, y deben llevarse a cabo con la participación de las poblaciones afectadas;

c) Garantizar la disponibilidad y accesibilidad de instalaciones, bienes y servicios esenciales y primarios, incluida la prestación de servicios de salud mental a las personas afectadas por el conflicto o que participan en él, especialmente los grupos vulnerables;

d) Establecer mecanismos de acceso a la justicia para enjuiciar las violaciones de derechos y ofrecer reparación por esas violaciones, en forma de restitución, indemnización, garantías de no repetición o satisfacción;

e) Establecer mecanismos de consolidación de la paz a efectos de una solución constructiva y sostenible de los conflictos mediante procesos de justicia reparadora, como comisiones para la verdad y la reconciliación justas y transparentes.

72. El Relator Especial insta a los Estados a que cumplan sus obligaciones internacionales y, en particular, a:

- a) Velar por una ejecución transparente de los programas de asistencia;
- b) Velar por que las sanciones económicas impuestas a los Estados durante un conflicto no obstaculicen el disfrute efectivo del derecho a la salud de las personas afectadas por el conflicto;
- c) Respetar, proteger y propiciar el disfrute del derecho a la salud por las personas que huyen de situaciones de conflicto.

73. El Relator Especial insta a las organizaciones internacionales y no gubernamentales que desarrollan actividades humanitarias en un conflicto a:

- a) Adoptar iniciativas de salud conformes con el marco del derecho a la salud en las que se prevea la participación de las comunidades afectadas. Esas iniciativas deben servir para promover los medicamentos y las prácticas tradicionales que estén en armonía con el derecho a la salud;
- b) Establecer mecanismos eficaces de rendición de cuentas por las violaciones del derecho a la salud cometidas por su personal, por ejemplo los miembros de las fuerzas de mantenimiento de la paz y el personal humanitario.

74. El Relator Especial insta a los grupos armados no estatales a:

- a) Respetar las normas del derecho de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario, incluidas las relativas al derecho a la salud;
- b) Cumplir los acuerdos que puedan haber celebrado para proteger el derecho a la salud de la población afectada.

---