

# La salud materno-infantil en los conflictos armados, un derecho olvidado: Dos estudios recientes sobre Sudán del Sur y Ucrania<sup>1</sup>

## Maternal and Child Health in Armed Conflicts: Two Recent Studies on South Sudan and Ukraine

RAQUEL ADSARIAS FERRERA<sup>2</sup> Y ALBERTO DELFÍN ARRUFAT CÁRDAVA<sup>3</sup>

**Resumen:** El derecho a la salud es un derecho fundamental para todos los seres humanos y bajo cualquier circunstancia, incluido en el conflicto armado. Los instrumentos internacionales como la Declaración Universal de Derechos Humanos y el Pacto de Derechos Económicos, Sociales y Culturales garantizan su protección jurídica de forma universal, y el Convenio de Ginebra y sus Protocolos Adicionales bajo el contexto del conflicto armado. Las mujeres y niños son unos de los principales colectivos más afectados y vulnerables. El derecho a la salud materno-infantil queda recogido en instrumentos

---

<sup>1</sup> El presente trabajo es una derivada de las actividades desarrolladas durante el Módulo Jean Monnet sobre el rol de Unión Europea en la Salud global. Financiado por la EACEA (587878-EPP-1-2017-1-ES-EPPJMO-MODULE).

<sup>2</sup> Médica Pediatra Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales y Pediátricos. Hospital Universitari General de Catalunya. Prof. colaboradora del Máster de Emergencias Sanitarias de la Universidad Internacional de Cataluña (UIC).

<sup>3</sup> Profesor de Derecho Internacional en la Universitat Jaume I de Castellón. Doctor en derecho internacional y de la UE (UJI, 2008). Ejerce como profesor en la UJI y prof. colaborador en la UOC.

específicos como la Convención de Derechos del Niño o la Declaración de Eliminación de la Violencia contra la Mujer, además de otros instrumentos regionales. El derecho a la salud materno-infantil durante y después de la guerra se ve claramente afectado, aumentando la mortalidad materna, neonatal e infantil por factores determinantes de la salud afectados por el conflicto. Se analiza el caso de Sudán del Sur y de Ucrania, aportando datos al respecto, además de un análisis comparativo. Resulta de vital importancia la acción humanitaria destinada a este colectivo con el fin de proteger su derecho a la salud y su derecho a la vida.

**Palabras clave:** derecho a la salud, conflicto armado, salud materno-infantil

**Abstract:** The right to health is a fundamental right for all human beings and under any circumstance, including in armed conflict. International instruments such as the Universal Declaration of Human Rights and the Covenant on Economic, Social and Cultural Rights guarantee their legal protection universally, and the Geneva Convention and its Additional Protocols in the context of armed conflict. Women and children are one of the most affected and vulnerable groups. The right to maternal and child health is included in specific instruments such as the Convention on the Rights of the Child or the Declaration on the Elimination of Violence against Women, in addition to other regional instruments. The right to maternal and child health during and after the war is clearly affected, increasing maternal, neonatal and infant mortality due to determinants of health affected by the conflict. The case of South Sudan and Ukraine is analyzed, providing data in this regard, as well as a comparative analysis. Humanitarian action aimed at this group is

of vital importance to protect their right to health and their right to life.

**Keywords:** right to health, armed conflict, maternal and child health

Recibido: 23.3.2023      Aceptado: 13.6.2023

## **Sumario**

- 1. Introducción**
- 2. La protección de la salud materno-infantil en el marco del derecho a la salud: Marco conceptual y jurídico**
- 3. Datos y estadísticas relativas al derecho a la salud materno-infantil**
- 4. Protección del derecho a la salud y conflicto armado**
- 5. El conflicto armado en Sudán del Sur**
- 6. El conflicto armado entre Ucrania y Rusia**
- 7. Análisis comparativo de los casos**
- 8. Conclusiones**

## **1. Introducción**

Según UNICEF, cada once segundos, una mujer embarazada o un recién nacido mueren en alguna parte del mundo; dicho de otro modo, 2,9 millones de mujeres embarazadas y recién nacidos mueren anualmente y la mayoría por causas prevenibles, tratables o

evitables.<sup>4</sup> Cada día mueren 16.000 niños por causas prevenibles, 16 millones sufren desnutrición severa, 28 millones han sufrido desplazamientos forzados por la violencia y hasta 61 millones de niños no pueden acudir a la escuela. 7.000 recién nacidos mueren a pesar de los avances en la supervivencia infantil (alrededor de una tercera parte murieron el día que nacieron, y casi tres cuartas partes solo en la primera semana), y se estima que, si se mantienen las tendencias, 30 millones de recién nacidos morirán en sus primeros 28 días de vida (UNICEF, 2017).

La mayoría de las muertes de recién nacidos ocurrieron en dos regiones: Asia meridional (39%) y África subsahariana (38%). Para hacernos una idea de la gravedad, el peligro de muerte para un recién nacido en África Subsahariana es aproximadamente 33 veces superior al que nace en el país con la tasa de mortalidad más baja. A lo largo de su vida, una mujer de África Subsahariana se enfrenta al riesgo de morir una de cada 37 veces que se embarazó o dio a luz. En cinco países se registraron la mitad de todas las muertes de recién nacidos: India (24%), Pakistán (10%), Nigeria (9%), República Democrática del Congo (4%) y Etiopía (3%). Todos ellos comparten una característica, en las últimas décadas se han encontrado envueltos en conflictos armados.

En 2023 hay 57 conflictos en activo; una cifra estable desde hace más de dos décadas si bien, con un repunte y una fuerte evolución en su tipología (Institute for Economics & Peace, 2022). Según Naciones Unidas, más de 104.100 niños murieron o fueron mutilados, más de 93.000 fueron reclutados y al menos 25.700 fueron secuestrados en

---

<sup>4</sup> Estimaciones sobre mortalidad publicadas por UNICEF, la Organización Mundial de la Salud (OMS), la División de Población de las Naciones Unidas, el UNFPA y el Grupo del Banco Mundial del año 2019.

conflictos armados entre 2005-2020 (UNICEF, 2022b); se han verificado más de 13.900 ataques contra escuelas y hospitales y no menos de 14.900 incidentes en los que se ha denegado el acceso humanitario a los niños. UNICEF muestra que la violencia contra los niños ha aumentado gradualmente desde 2005, superando los 20.000 incidentes en un año por primera vez en 2014 y alcanzando los 26.425 en 2020. Entre 2016 y 2020, hubo más de 71 violaciones diarias (UNICEF, 2022b).

La salud materno-infantil está gravemente afectada en países en vías de desarrollo; particularmente, en aquellos que se encuentran en conflicto. Las guerras terminan con mujeres y niños (sobre todo recién nacidos), ponen en riesgo su salud y su vida, y se produce una falta de protección global de este colectivo: este trabajo analiza el derecho a la salud materno-infantil, cómo se lleva a cabo su protección y de qué instrumentos se disponen. El estudio parte de una perspectiva general —a partir de datos estadísticos e indicadores— para, posteriormente, avanzar hacia la consideración más específica de dos casos concretos: Sudán del Sur y Ucrania. La elección de estos escenarios responde al impacto, actualidad y características del conflicto, sin olvidar, los contextos geográficos dónde se desarrollan y las características de su sistema sanitario: Sudan del Sur constituye la peor crisis de refugiados de África —y la tercera más grave a nivel mundial tras Siria y Afganistán— (ACNUR, 2019)<sup>5</sup>; por su parte, la guerra en Ucrania ha provocado la mayor crisis de refugiados en Europa desde la Segunda Guerra Mundial. Pese a la actualidad de ambos conflictos, el africano aparenta enquistamiento y ausencia de una atención mediática suficiente frente a la gran cobertura e

---

<sup>5</sup> Incluyendo todos los desplazamientos forzados, fueran refugiados, apátridas, desplazamientos internos o solicitantes de asilo.

inmediatez de noticias derivada de su actualidad temporal y localización europea. El análisis de ambos de estados permite observar la afectación del derecho a la salud materno-infantil en contextos distintos —un conflicto interno en el caso de Sudán del Sur y un conflicto internacional en el caso de Ucrania— y comparar la acción de las Organizaciones Internacionales, los actores humanitarios y la forma en que los instrumentos internacionales garantizan el derecho a la salud. Finalmente, su comparación resulta procedente por su asimetría en las condiciones sanitarias de partida y de resiliencia: mientras Sudán del Sur es un país con un sistema sanitario débil inmerso en un contexto geográfico acostumbrado al conflicto armado, Ucrania era —al comienzo de la guerra— un estado medianamente desarrollado, con un sistema sanitario asentado en un continente donde el conflicto armado se presenta únicamente de forma excepcional.

## **2. La protección de la salud materno-infantil en el marco del derecho a la salud: Marco conceptual y jurídico**

### **a. Marco conceptual**

La idea de salud ha ido evolucionando a lo largo de la historia y ha sido y es concebida diferente en distintas sociedades y países (Guerrero y León, 2008). Por ello, es de gran importancia que la Organización Mundial de la Salud (en adelante, OMS) como organismo gubernamental internacional en materia de salud adoptara —hace casi ochenta años— una concepción de salud universal, promoviendo, gracias a ello, que los Estados persiguiesen una misma idea mucho más homogénea de salud pública.

El binomio salud y enfermedad siempre han ido de la mano, tradicionalmente la salud era concebida simplemente como la ausencia de enfermedad y la enfermedad como algo relativo a la muerte dado que una infección podría implicar un final letal. Por contraposición, la salud ha sido ligada a la vida (Catalán y Talavera, 2012). También otras dicotomías se han asociado al concepto de salud (Vélez Arango, 2007), como equilibrio-desequilibrio, orden-desorden/caos, o normalidad-anormalidad/alteración. A lo largo de la historia, y más aún en la actualidad, el concepto de salud se ha ido ampliando desde una perspectiva holística y multifactorial, ligada al concepto de bienestar en conjunción con factores sociales, políticos, económicos, culturales y científicos, así como el propio contexto físico, espiritual, biológico, económico y social del individuo (Moreno, 2008).

El concepto de salud, según el segundo párrafo del Preámbulo de la Constitución de la OMS, es considerado “Un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>6</sup> En dicha Constitución reconoce el derecho a la salud como un derecho fundamental sujeto al principio de no discriminación mencionando lo siguiente: “El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano”. El principio de universalidad y no discriminación garantiza que éste se aplique “sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social”; no

---

<sup>6</sup> La Constitución de la OMS fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 y entró en vigor el 7 de abril de 1948. Este texto ha sido reformado en la 26ª, la 29ª, la 39ª y la 51ª Asambleas Mundiales de la Salud (resoluciones WHA26.37, WHA29.38, WHA39.6 y WHA51.23), las cuales entraron en vigor el 3 de febrero de 1977, el 20 de enero de 1984, el 11 de julio de 1994 y el 15 de septiembre de 2005, respectivamente.

obstante, sabemos hoy que dicho principio no se implementa por los estados con la misma firmeza frente a todas las formas de discriminación. Por otro lado, el grado de cumplimiento del derecho a la salud presenta también fuertes asimetrías.

Adentrándonos en el concepto del derecho a la salud, como veremos más adelante, éste es un derecho elemental incluido en varios instrumentos internacionales y regionales.

El derecho a la salud abarca mucho más que el acceso a asistencia sanitaria y a la construcción de hospitales por parte de un Estado y no es equivalente al derecho a estar sano (OHCHR, 2008). El derecho a la salud es un derecho indiviso, interrelacionado e independiente.<sup>7</sup> Su consecución constituye un estadio básico de acceso a otros derechos como la protección y el garante de otros muchos derechos como el derecho a una vida digna, el derecho a educación o el derecho al trabajo; así como, consecuencia de otros derechos como el acceso a factores determinantes de la salud como la alimentación y nutrición, la vivienda, el acceso a agua potable y condiciones sanitarias adecuadas o un medioambiente sano. De forma general, se concibe que en un Estado o sociedad en la que no se respeten los derechos fundamentales no puede haber bienestar físico, mental y social, o lo que es lo mismo, vida saludable para las personas que son las titulares del derecho (Cruz Roja, 2014).

Por suerte, se ha reconocido o se ha hecho referencia al derecho a la salud o a elementos de este en diferentes instrumentos jurídicos, como veremos más adelante, y además podemos concluir que el derecho a la salud es importante para todos los Estados dado que todo

---

<sup>7</sup> Declaración y Programa de Acción de Viena (A/CONF.157/23), aprobados por la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, celebrada en Viena del 14 al 25 de junio de 1993.



Estado ha ratificado por lo menos un tratado en el que se reconoce ese derecho comprometiéndose a protegerlo en el marco de declaraciones internacionales, leyes y políticas nacionales y conferencias internacionales.

Como se aclara y amplía en la Observación 14 del Comité de Derechos Sociales, Económicos, Sociales y Culturales (2000),<sup>8</sup> el derecho a la salud es un derecho fundamental, básico e inclusivo que implica libertades y derechos,<sup>9</sup> a su vez implica obligaciones inmediatas para los Estados para hacer efectivo tal derecho, aunque teniendo en cuenta los límites de sus recursos disponibles y su contexto de desarrollo. En ningún caso, una falta de recursos justificaría el incumplimiento de sus obligaciones, por lo que los Estados deben garantizar el derecho a la salud en la mayor medida posible con arreglo a los recursos disponibles, incluso cuando éstos son escasos; en este sentido, por ejemplo, el suministro de medicamentos esenciales<sup>10</sup> y la atención materno-infantil suponen el nivel mínimo de acceso sanitario que un Estado debe garantizar.

El derecho a la salud debe estar basado en el principio de disponibilidad, mediante el número suficiente de centros sanitarios y programas de salud; el principio de accesibilidad, tanto física (al alcance y adaptada a discapacidades) como económica (bienes y

---

<sup>8</sup> ONU: Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CESCR), Observación general Nº 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), 11 agosto 2000, E/C.12/2000/4.

<sup>9</sup> Libertades de derecho a decidir, derecho a controlar su salud y su cuerpo, con inclusión de la libertad sexual y genésica, y el derecho a no padecer injerencias, como el derecho a no ser sometido a torturas —incluidos embarazos o abortos forzados— ni a tratamientos y experimentos médicos no consensuales.

<sup>10</sup> Véase la Lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, revisada en diciembre de 1999, Información sobre medicamentos de la OMS, vol. 13, no. 4, 1999. Texto electrónico accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

servicios asequibles) como no discriminatoria; el principio de aceptabilidad (movido por el respeto a otras culturas y la ética profesional sanitaria) y finalmente el principio de calidad, aportando la excelencia profesional científica y de bienes y recursos disponibles.

## **b. Marco jurídico internacional del Derecho a la Salud**

### *En el ámbito universal*

Aunque históricamente se ha intuido la conexión entre Salud y Derechos Humanos, en los últimos años se ha hablado específicamente de ella, de manera que el derecho a la salud se ha abordado desde los derechos humanos.<sup>11</sup> En virtud de la Carta de las Naciones Unidas, la Organización se compromete a resolver los problemas internacionales de carácter sanitario y otros problemas conexos (artículo 55 b), y los Estados miembros de la Organización se comprometen a adoptar medidas conjunta o separadamente, cooperando con la Organización para alcanzar estos fines (*ex* artículo 56).

Hasta la creación de la Organización Mundial de la Salud, la salud se enfocaba desde una perspectiva negativa, limitada y meramente patológica. Se definía como la ausencia de enfermedad. Sin embargo, el Acta Constitutiva de la OMS de 1946 la transforma en un concepto positivo, ilimitado y multidimensional. El bienestar físico, psicológico y social se asocia al concepto de salud.

---

<sup>11</sup> Como indican Gruskin y Tarantola (2001), históricamente nunca la conexión entre derechos humanos y salud ha estado tan institucionalizada como ahora a todos los niveles: Naciones Unidas, Estados y organizaciones no gubernamentales. Diversos acuerdos, tratados y declaraciones internacionales y regionales han reconocido la salud como un derecho humano. En la actualidad, todos los Estados del mundo han firmado al menos un tratado que reconoce el derecho a la salud como derecho humano.

En 1948, cuando la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó la Declaración Universal de los Derechos Humanos como marco para el establecimiento de políticas para todos los Estados del mundo, con independencia de su condición económica, cultural, política, geográfica o de cualquier otra índole, los Estados se comprometieron con el cuidado de la salud.

*Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez u otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad (Artículo 25.1 DUDH).*

La Guerra Fría relegó los derechos humanos a un segundo plano y los separó en dos categorías: los derechos sociales y económicos, que dieron lugar al Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), y los derechos civiles y políticos, que dieron lugar al Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP). Ambos tratados son vinculantes para los Estados firmantes.

El PIDESC contiene el artículo más completo relativo al Derecho a la Salud en el derecho Internacional de los derechos humanos. El primer párrafo de su artículo 12 establece que: “Los Estados Parte en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. El segundo párrafo continúa indicando que “entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el presente Pacto para asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para: (a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil, y el sano desarrollo de los

niños; (b) La mejora de todos los aspectos de la higiene ambiental e industrial; (c) La prevención, el tratamiento y el control de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otro tipo; (d) La creación de condiciones que aseguren a todos servicio médico y atención médica en caso de enfermedad”.

Así como la DUDH supuso el primer reconocimiento del derecho a la salud mostrando su interdependencia y mencionando concretamente ciertos determinantes de salud relacionados con la consecución del derecho, el PIDESC junto con su Observación 14, esclareció su contenido y mostró la ambición de su alcance “máximo y mejor nivel posible” rebasando a la DUDH donde sólo se considera un nivel “adecuado” e incluso se atreve a exigir la adopción de medidas orientadas a la salud materno-infantil, la salud laboral, la salud pública y el acceso a la salud. La mencionada observación determina qué implica la salud materno-infantil (derecho a la salud materna, infantil y reproductiva) aunque focalizándose simplemente en la mortalidad infantil y niños menores de 5 años, los servicios sexuales y genésicos, incluyendo la planificación familiar, la atención preparto, parto y postparto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información relacionada.

Después de su inclusión en el PIDESC, el derecho a la salud ha sido una constante en los textos internacionales de alcance universal:

a) La *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951*<sup>12</sup> incluyó a las mujeres y los niños en su condición de refugiados. En el artículo 23 y 24 de dicho documento se incluye la obligación de

---

<sup>12</sup> Adoptada en Ginebra, Suiza, el 28 de julio de 1951 por la Conferencia de Plenipotenciarios sobre el Estatuto de los Refugiados y de los Apátridas (Naciones Unidas), convocada por la Asamblea General en su resolución 429 (V), del 14 de diciembre de 1950. Entrada en vigor: 22 de abril de 1954, de conformidad con el artículo 43. Serie Tratados de Naciones Unidas, Nº 2545, Vol. 189, p. 137.

asistencia pública a todos los refugiados legales que se encuentren en un Estado parte con igualdad a sus nacionales, así como los seguros sociales. Esta asistencia pública, incluyen la educación básica pública, asistencia jurídica, asistencia social y así mismo la asistencia sanitaria. Esta obligación estatal de asistencia sanitaria al refugiado queda supeditada a las mismas condiciones que los nacionales del país receptor.

b) Está presente en el artículo 5 e) iv) de la *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial* de 1965 que exige la prohibición y eliminación de toda forma que niegue por razón de raza, color y origen nacional o étnico, el derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad y los servicios sociales.

c) En los artículos 11 1) f), 12 y 14 2) b) de la *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* de 1979.<sup>13</sup> En el párrafo 1 del artículo 12 del CEDAW se recoge de forma amplia y clara el derecho a la salud de la mujer poniendo énfasis en el derecho a la salud sexual y reproductiva de la mujer: “Los Estados Partes adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar la discriminación contra la mujer en la esfera de la atención médica a fin de asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso a servicios de atención médica, inclusive los que se refieren a la planificación de la familia”. Seguido del párrafo 2 del mismo artículo en el que se remarca la obligación del Estado parte para garantizar los “servicios apropiados a la mujer en relación con el embarazo, el parto y el período posterior al parto, proporcionando

---

<sup>13</sup> Adoptada y abierta a la firma y ratificación, o adhesión, por la Asamblea General en su Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979. Entrada en vigor: 3 de septiembre de 1981, de conformidad con el artículo 27.

servicios gratuitos cuando fuere necesario, y le asegurarán una nutrición adecuada durante el embarazo y la lactancia”. También en el artículo 10 párrafo h, se recoge el derecho a la información y asesoramiento para asegurar la salud de la mujer y de la familia, incluyendo la planificación familiar. El mismo Comité del CEDAW adoptó posteriormente la Observación General nº24 sobre la mujer y la salud,<sup>14</sup> donde realiza aclaraciones como la inclusión dentro del término “mujer” a niñas y adolescentes o solicita a los Estados parte la monitorización de la mortalidad y morbilidad materna y el número de servicios maternos gratuitos disponibles, entre otros.

d) La *Convención sobre los Derechos del Niño* de 1989 recoge específicamente el derecho del niño a la salud, pero la protección de los niños a nivel internacional ya apareció a través de la Declaración de Derechos del Niño de 1924, fruto de la primera organización internacional creada para la infancia, la Unión Internacional de Socorro a los Niños.<sup>15</sup> El párrafo 1 del artículo 24 indica que “Los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Parte se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios”.

Además insta en el segundo párrafo a adoptar medidas para: reducir la mortalidad infantil y en la niñez; asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención

---

<sup>14</sup> En el 20º período de sesiones (1999) del Comité del CEDAW.

<sup>15</sup> Creada a partir de la coordinación entre Save The Children Fund y el Comité Internacional de la Cruz Roja en 1920 (Torrado et al., 2021).

primaria de salud;<sup>16</sup> combatir las enfermedades y la malnutrición en el marco de la atención primaria de la salud mediante, entre otras cosas, la aplicación de la tecnología disponible y el suministro de alimentos nutritivos adecuados y agua potable salubre, teniendo en cuenta los peligros y riesgos de contaminación del medio ambiente; asegurar atención sanitaria prenatal y postnatal apropiada a las madres; asegurar que todos los sectores de la sociedad, y en particular los padres y los niños, conozcan los principios básicos de la salud y la nutrición de los niños, las ventajas de la lactancia materna, la higiene y el saneamiento ambiental y las medidas de prevención de accidentes, tengan acceso a la educación pertinente y reciban apoyo en la aplicación de esos conocimientos; desarrollar la atención sanitaria preventiva, la orientación a los padres y la educación y servicios en materia de planificación de la familia. Por añadidura el Comité de Derechos del Niño realizó una amplia aclaración en la Observación General N° 15<sup>17</sup> incluyendo a todo menor de 18 años de conformidad con el artículo 1 del CDN haciendo hincapié en que la mayor parte de la mortalidad, la morbilidad y la discapacidad infantiles podría prevenirse con compromiso político y una asignación de suficientes recursos a la aplicación de los conocimientos y tecnologías disponibles con fines de prevención, tratamiento y atención. Además, relativas al tema que nos atañe resultan interesantes las Observaciones generales del Comité de Derechos del Niño, en concreto la Observación General N° 3 relativa

---

<sup>16</sup> Enfoque de la atención primaria infantil definido en la Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, 6 a 12 de septiembre de 1978. Corroborado por Asamblea Mundial de la Salud, Atención primaria de salud, incluido el fortalecimiento de los sistemas de salud, documento A62/8.

<sup>17</sup> Observación general N° 15 (2013) sobre el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 24). Aprobada por el Comité en su 62º período de sesiones (14 de enero a 1 de febrero de 2013)

a la protección del VIH/SIDA infantil, la Observación General N° 4 relativa a la salud de los adolescentes, la Observación General N° 7 relativa a la protección de la primera infancia, la Observación N° 8 y N° 13 relativa al castigo corporal infantil y al derecho a no ser objeto de ningún tipo de violencia.

Como sabemos, el derecho a la salud se encuentra íntimamente relacionado con, por una parte, la obligación de los Estados Parte de garantizar la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo del niño, en particular las dimensiones físicas, mentales, espirituales y sociales de su desarrollo (artículo 6 del CDN) y; por otro, la necesidad de cooperación entre Estados, ante conflictos armados y la acción internacional (artículo 24 párrafo 4).

a) El derecho a la salud también fue afirmado en la resolución 1989/11 de la Comisión de Derechos Humanos, así como en la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en los Principios para la protección de los enfermos mentales y para el mejoramiento de la atención de la salud mental, aprobados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1991 (resolución 46/119). La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de 2006 lo ha recogido en su artículo 25 y la Observación General 5 del Comité sobre personas con discapacidad se aplican a los enfermos mentales;

b) En la Declaración de eliminación de la violencia contra la mujer se recoge el derecho a la salud femenina en el artículo 3, indicándose que la mujer tiene derecho, en condiciones de igualdad, al goce y la protección de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil y de cualquier otra índole”, incluyéndose dentro del mismo el derecho a la vida, el derecho al mayor grado de salud física y mental que se pueda alcanzar o el derecho a no ser sometida a tortura, ni a otros



tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes<sup>18</sup>. del mismo modo, el derecho a la salud de las mujeres también quedó recogido en el Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, celebrada en El Cairo en 1994, y en la Declaración y Programa de Acción de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer, celebrada en Beijing en 1995, que contienen definiciones de la salud reproductiva y de la salud de la mujer.

c) También se incluye en los artículos 28 y 43 e) de la Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares de 1990 y

d) Por su parte, el Reglamento Sanitario Internacional<sup>19</sup> genera obligaciones vinculantes para los Estados Miembro de la OMS relativos a la creación de capacidades de acción públicas relativas a la detección, preparación y respuesta ante sucesos que afecten a la salud pública internacional.

Diversos acontecimientos e intereses han acercado las posturas de países del norte y del sur en los últimos cincuenta años, fijando la protección de la Salud entre las cuestiones permanentes de la agenda global. Entre ellos, los efectos de las pandemias como el VIH/SIDA o el Covid-19; la situación de la salud de las mujeres y la reiterada agresión flagrante de su derecho en los conflictos armados o mediante

---

<sup>18</sup> Aunque si bien es cierto que no se incluye explícitamente el derecho a la salud materno-infantil, éste queda recogido dentro del derecho a la salud materna/femenina, y por extensión, este derecho a la salud está íntimamente relacionado con el derecho a la vida (tanto materna como infantil), el derecho a recibir un trato adecuado y no inhumano, así como el propio derecho a la libertad y a la seguridad de la persona.

<sup>19</sup> El Reglamento Sanitario Internacional es un instrumento vinculante para 194 Estados Miembro de la OMS. Adoptado por primera vez por la Asamblea Mundial de la Salud en 1969, la versión vigente fue adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud el 23 de mayo de 2005, WHA58.3 “Revisión del Reglamento Sanitario Internacional”, en vigor desde el 15 de junio de 2007 de acuerdo con el artículo 59 del mismo.

prácticas altamente agresivas contra su cuerpo; los impactos ambientales como Tsunamis y otras catástrofes naturales.

Pese a todo a ello, hay condicionantes jurídicos que siguen permitiendo una respuesta poco satisfactoria de los Estados. Entre ellos podemos señalar el carácter dispositivo de los tratados y la ausencia de algunos estados a la hora de ratificar o aplicar esos tratados;<sup>20</sup> la carencia de recursos financieros para implementar plenamente las obligaciones en materia de salud; la existencia de obstáculos como la falta de infraestructuras de salud adecuadas, el coste de los servicios médicos y la falta de personal capacitado; su afectación por factores externos, como la pobreza, la discriminación y las desigualdades sociales; las limitaciones políticas que cuestionan, condicionan o coartan el pleno disfrute de los derechos humanos y; finalmente, los conflictos armados y los desastres naturales.

En este sentido, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha matizado el Pacto IESCR, señalando que sus estados parte tienen una triple obligación con respecto al derecho a la salud. En primer lugar, tienen que respetar el derecho a la salud, lo que incluye no permitir que otros países obstaculicen el ejercicio de este derecho. En segundo lugar, los países tienen que proteger el derecho a la salud tomando las medidas necesarias para evitar su vulneración. Finalmente, tienen que dar cobertura legal para garantizar a los individuos el beneficio del derecho a la salud.

En su Observación General N° 14, el Comité manifiesta que debemos también considerar el derecho a la salud como un derecho

---

<sup>20</sup> Por poner algunos ejemplos, el PIDESC no ha sido firmado por Andorra, Arabia Saudí, Botswana, Emiratos Árabes Unidos, Malasia, Mozambique, Singapur y Sudan del Sur. La Convención de los derechos del niño no ha sido ratificada por Estados Unidos. Por su parte, la CEDAW no ha sido ratificada por la Santa Sede, Irán, Niue, Somalia, Sudan ni Tonga.

al acceso a una serie de instalaciones, bienes, servicios y condiciones que necesitamos para alcanzar el mayor nivel de salud posible.<sup>21</sup>

*En el ámbito regional y la acción de las organizaciones internacionales*

Junto a los instrumentos internacionales expuestos, el derecho a la salud ha sido también recogido por numerosos instrumentos de derecho internacional público de alcance regional:

- En el continente europeo, se destacan los artículos 11 y 13 de la Carta Social Europea de 1961 (revisada en 1996), donde se reconoce el derecho a la salud en general y el derecho a la asistencia social y médica<sup>22</sup> en el marco del Consejo de Europa; por su parte, en el marco de la Unión Europea debe mencionarse la Carta Europea de Derechos del Niño cuyo párrafo 21 reconoce el derecho a la salud del niño de forma similar al mencionado en la Convención de Derechos del niño; la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea cuyo artículo 35 incluye la protección del derecho a la salud a toda persona en las condiciones establecidas por las legislaciones y prácticas

---

<sup>21</sup> Observación general N° 14 (2000): El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales).

<sup>22</sup> La Carta Social presenta algunas limitaciones fácticas: permite a los Estados Partes elegir, dentro de ciertos límites, los derechos a los que se vincula; tienen que escoger al menos cinco artículos del núcleo duro o Parte I de la Carta, entre los cuales se encuentra el derecho a la protección de la salud y además un número de artículos o párrafos de la Parte II, adicional siempre que el número total no sea inferior a 10 artículos o a 45 párrafos numerados (art. 20.1.c), sin perjuicio, de que muchos Estados ratifican la totalidad de la Carta.

nacionales;<sup>23</sup> también los artículos 6, 9 y 168 del Tratado de Funcionamiento de la Unión Europea de 2009.

- En América, la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre de 1948 incluye en su artículo VII el derecho a la protección, cuidados y ayudas de la maternidad y la infancia y en el artículo XI refiere la protección del derecho a la preservación de la salud y bienestar, incluyendo medidas sanitarias y sociales. Por su parte, el Protocolo adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988 en su artículo 10, también reconocen el derecho a la salud. Finalmente, de forma más inespecífica el “Pacto de San José” recoge la protección de los derechos económicos, sociales y culturales.
- En África, la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos de 1981, incluye la protección del derecho a la salud de forma genérica en el artículo 16. También, la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño de 1990 en su artículo 14 exige el aseguramiento del más alto nivel posible de salud, así como acceso a servicios médicos; además en el artículo 21 se establece la protección contra prácticas sociales y culturales perjudiciales (que además afectan a la vida y salud del niño). También, la Carta Árabe de Derechos Humanos de 2004 en el artículo 39, así como vagamente se estipula cierta protección en la Declaración de derechos humanos en el Islam o Conferencia de El Cairo (1990).

---

<sup>23</sup> La Carta nació como una Declaración sin fuerza vinculante, pero a partir de su reconocimiento en el artículo 6.1 del Tratado de Lisboa, el 1 de diciembre de 2009, alcanzó fuerza vinculante para los países de la Unión Europea.

- Asia y Oceanía no disponen de instrumentos ni de un sistema específico de protección de los derechos humanos, aunque sí que se han creado foros de instituciones nacionales además del Foro Asia-Pacífico (Pureza, 2004).

Junto a la labor de las organizaciones internacionales de ámbito universal, la salud se ha convertido también en un eje relevante de la acción de diversas organizaciones internacionales de ámbito regional y de los mecanismos regionales de monitorización del cumplimiento de los tratados de derechos humanos por los Estados. Entre ellas, la Unión Europea, el Consejo de Europa —del que depende el Tribunal Europeo de Derechos Humanos—, la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico; también, la Organización de Estados Americanos —que alberga la Comisión Interamericana de Derechos Humanos y la Corte Interamericana de Derechos Humanos, responsables de supervisar el cumplimiento de los derechos humanos en la región—. En África, se destaca la Unión Africana, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y la Corte Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos. En el contexto de los estados árabes, se dispone de la Liga Árabe y de la Comisión Árabe de Derechos Humanos.

En cuanto a sus modalidades de acción frente a las vulneraciones de derechos humanos caben diversas medidas: como enviar misiones de paz para establecer la paz y el orden en zonas de conflicto, establecer zonas de exclusión o zonas de desescalada para reducir la intensidad del conflicto, enviar ayuda humanitaria para proporcionar alimentos, agua, refugio y atención médica a las personas afectadas por el conflicto, imponer sanciones económicas o políticas a los gobiernos o grupos responsables de violaciones graves de los derechos humanos o del derecho internacional humanitario.

También favorecer mecanismos de solución de controversias como la negociación diplomática para alcanzar treguas y acuerdos de paz que pongan fin al conflicto. Desde la perspectiva de la determinación de la responsabilidad y la reparación pueden establecer tribunales internacionales o hacer uso de la justicia universal ante los tribunales nacionales para juzgar a las personas acusadas de cometer crímenes.

Finalmente debemos recordar que la protección de la salud es una obligación internacional y un derecho humano, invertir en salud es invertir en bienestar y riqueza, pero, fundamentalmente en estabilidad; por eso, apoyar la reconstrucción de las infraestructuras sanitarias y el desarrollo de sistemas de salud en las zonas afectadas por el conflicto constituye una vía de promover una paz.

### **3. Datos y estadísticas relativas al derecho a la salud materno-infantil**

El último informe sobre el estado de la población mundial estima que esta —situada en casi 8000 millones de habitantes— no está distribuida homogéneamente, estando concentrada principalmente en Asia y África (incluyendo la región de los Estados árabes) (Baker et al., 2022). La mayor presencia de países menos adelantados y/o menos desarrollados en estos continentes, configura un marco contextual configurado por países con elevada densidad de población, escasos recursos sanitarios o de salubridad y con unas pirámides poblacionales aún en crecimiento (presentando una elevada natalidad con una esperanza de vida menor que los países desarrollados aunque con una mejoría importante de ésta última gracias a los avances científico-tecnológicos y las mejoras progresivas de las condiciones de vida en general). En relación con la salud materno-infantil se pueden extraer las siguientes conclusiones:

- A) En África y Asia, el sistema sanitario es habitualmente frágil, precario e insuficiente para garantizar el derecho a la salud a toda la población lo que afecta particularmente a la población materno-infantil al ser la que presenta mayores dificultades de acceso.<sup>24</sup>
- B) En conexión con lo anterior, el hecho de que sea en estos dos continentes donde se producen actualmente la mayor parte de las contiendas armadas convierte la situación en extremadamente grave.
- C) La tasa total de fecundidad por mujer indica el crecimiento de la población y el número de hijos por mujer; esto ayuda a entender qué contextos presentan necesidades de atención maternal más elevadas —sin tener en cuenta la atención maternal en caso de abortos—. África concentra la más elevada fecundidad seguido de los países árabes siendo evidente la existencia de una relación directa entre aquellos países menos adelantados y/o desarrollados y una mayor tasa total de fecundidad. En perspectiva —si lo comparamos con el informe de 2010 de UNFPA<sup>25</sup>— se observa que la década de diferencia no ha afectado significativamente a la tasa de fecundidad que sigue siendo similar en todas las regiones con una distribución poblacional similar.<sup>26</sup>

---

<sup>24</sup> Tanto mujeres como niños habitualmente presentan una dependencia económica, escasos recursos tanto de transporte como económicos para acceder al centro de salud u hospital más cercano.

<sup>25</sup> Tener en cuenta que la distribución de datos es por continentes (excepto los estados árabes) y subdividido en múltiples regiones (por ejemplo, África meridional, septentrional, central, occidental y oriental).

<sup>26</sup> La población mundial en 2010 era de 6908 millones de personas y con una fecundidad en los países menos desarrollados mucho mayor que en la actualidad,

D) La mortalidad materna es significativamente superior en países menos desarrollados y adelantados dando lugar a una razón de mortalidad<sup>27</sup> materna enorme en todo el continente africano.<sup>28</sup> Ahora bien, analizando el mismo indicador a partir de datos obtenidos en el Banco Mundial, se observa un descenso drástico global entre 2000-2017 drástico (342 muertes maternas vs. 211 muertes respectivamente), pero manteniendo una tendencia distributiva similar con un predominio en países africanos centro-meridionales.

	Razón de mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos	Rango de incertidumbre de razón de mortalidad materna (80%)	Partos atendidos por personal de salud cualificado (%)	Índice de cobertura de los servicios de salud esenciales
<b>Total mundial</b>	211	199-243	82	68
<b>Regiones más desarrolladas</b>	12	11-13	99	-
<b>Regiones menos desarrolladas</b>	232	219-268	81	-

siendo esta de 4,23 en 2010, un porcentaje de partos atendidos por personal cualificado del 38%.

<sup>27</sup> La razón de cada 100.000 nacidos vivos muestra una idea mortalidad más relacionada con cada nacimiento vivo, pero no tiene en cuenta de nacimientos de feto fallecido (óbito fetal), aborto espontáneo o voluntario.

<sup>28</sup> Realizando la comparativa con el informe de la UNFPA 2010 en relación a la mortalidad materna no resulta equiparable dado que utiliza el índice de mortalidad derivada de la maternidad (no una razón de cada 100.000 nacidos vivos, que la que se utiliza actualmente a nivel internacional).



<b>Países menos adelantados</b>	415	396-477	65	-
<b>África Occidental y Central</b>	717	606-917	55	43
<b>África Oriental y Meridional</b>	391	361-463	70	47
<b>América Latina y Caribe</b>	74	70-80	95	74
<b>Asia y el Pacífico</b>	120	108-140	86	68
<b>Estados Árabes</b>	151	121-208	86	61
<b>Europa Oriental y Asia Central</b>	20	18-22	99	74

*Tabla 1. Elaboración propia a partir de los datos del Informe del Estado de la Población del Fondo de Naciones Unidas (UNFPA, 2022).*

E) Analizando ahora el porcentaje de partos atendidos por personal cualificado, los resultados son muy positivos a nivel mundial con un aumento del 66% al 82%, pero vinculado a un aumento de la asistencia sanitaria en Asia —y, en menor medida en los Estados árabes—, dejando a África bastante rezagada en dicho avance (pese a cierta mejoría desde un 49% al 55-70%)<sup>29</sup>. La mortalidad

---

<sup>29</sup> Hay que tener en cuenta que en el informe de 2010 se engloba toda África en un mismo dato (sin diferenciar África occidental y central u oriental y meridional) (Baker et al., 2022).

infantil presenta una tendencia similar: los países menos desarrollados y adelantados son los que presentan una mayor mortalidad en menores de 5 años mucho más elevada (UNICEF, 2022a).

- F) Los indicadores de salud materno-infantil presentan fuertes asimetrías nacionales. El mapa siguiente evidencias las diferencias a nivel regional entre países como Chad, Nigeria, Somalia, Sudan del Sur o República Centroafricana (algunos de ellos con conflictos armados en activo o todavía recientes) frente a estados del norte de África. Lo mismo sucede en los Estados árabes: aquellos más inestables, en conflicto o con menos recursos presentan peores índices que otros como Arabia Saudí.
- G) Sobre las causas de la mortalidad infantil conviene señalar que incide en menores de cinco años y, particularmente, durante el primer mes de vida. Siendo las principales aquellas derivadas del parto (prematuridad, infecciones neonatales, asfixia perinatal o encefalopatía hipoxico-ísquémica) o bien infecciones en edad escolar (diarrea, neumonía, paludismo). Todas ellas son enfermedades causas potencialmente prevenibles o evitables mediante un buen seguimiento del embarazo y su asistencia al parto, una correcta higiene, acceso a agua potable/salubridad y mediante el acceso a antibióticos. La revisión temporal y causal de la disminución de la mortalidad global desprende que la mayor parte de la reducción se produce en los niños mayores de un año gracias a la mejora en el control de las enfermedades infecciosas, quedando aún mucho trabajo en el ámbito neonatal (OMS, 2020).



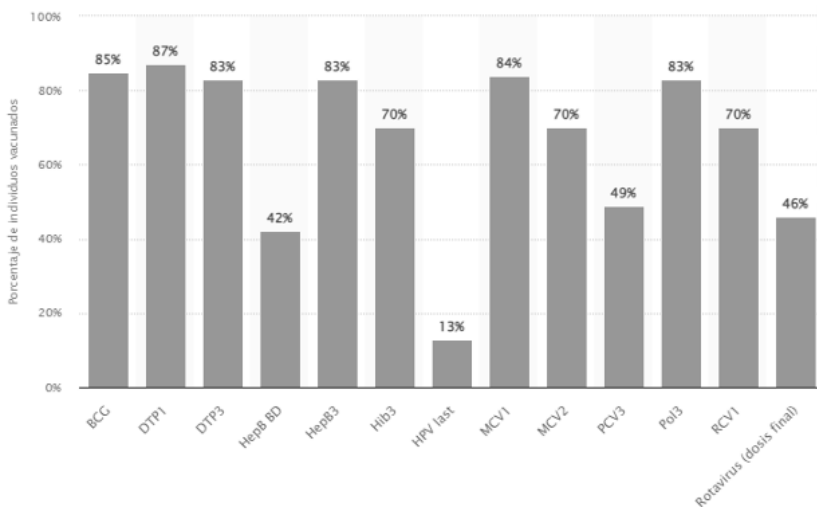
*Ilustración 1: Muerte en menores de 5 años. 2022. Childmortality.org*

H) La inmunización adquirida a través de la vacunación permite actualmente la prevención de 20 enfermedades potencialmente mortales. En la última década, 116 países han introducido vacunas que no usaban anteriormente, como la vacuna contra la neumonía neumocócica (PCV3), la diarrea (rotavirus), el cáncer de cuello uterino (VPH), la fiebre tifoidea, el cólera y la meningitis (MCV1-2), muchas de ellas con una letalidad muy elevada.<sup>30</sup> El gráfico 1 muestra los porcentajes los avances globales en cobertura vacunal.<sup>31</sup> En 2019, 116 millones de niños menores de

<sup>30</sup> Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización. The Global Vaccine Action Plan 2011–2020. Review and lessons learned. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2019. Texto electrónico accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

<sup>31</sup> A excepción de los resultados obtenidos durante la pandemia COVID-19 donde las tasas de inmunización global han disminuido ligeramente, con un aumento significativo del número de niños con dosis cero entre 2019 y 2020 (13.6 vs 17.1) según los datos del Informe global de inmunización 2030. Documento electrónico accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

un año fueron vacunados (esto representa el 86% del total de los bebés nacidos)<sup>32</sup>. Los estudios realizados<sup>33</sup> desprenden buenos resultados a nivel de inmunización infantil global; no obstante, nuevamente nos encontramos ante fuertes asimetrías regionales, nacionales y sociales.<sup>34</sup>



*Ilustración 2: Porcentaje de vacunación por vacuna a nivel mundial en 2020. Statista.*

<sup>32</sup> Vaccines and diseases. Ginebra, Organización Mundial de la Salud; 2019. Documento electrónico accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

<sup>33</sup> Expanded Programme on Immunization. Documento electrónico accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

<sup>34</sup> En la página web oficial de la OMS se puede observar por cada vacuna, país o región su evolución temporal en cuanto a vacunación. Por ejemplo, la región africana (región con menor porcentaje de inmunización) presenta un porcentaje de vacunación actual de BCG del 80% y de DTP1 del 85% cuando las tasas europeas de ambas están en el 92-97%. Todas las vacunas presentan una cobertura >70%, excepto las de nueva inclusión en el calendario vacunal, como el rotavirus o la varicela, aun así muestra una cobertura global muy positiva y una tendencia al alza.

- I) Finalmente, el número de camas de hospital disponibles por cada 1000 habitantes es un indicador que permite conocer el grado de resiliencia de un sistema sanitario. El siguiente mapa expresa con nitidez la fortaleza de los sistemas del hemisferio norte frente a la debilidad —menos de 1 cama disponible por cada 1000 habitantes— y ausencia de datos en los países del Sur —particularmente, en el continente africano—.



*Ilustración 3: Camas hospitalarias por cada 1000 habitantes. Fuente: OMS vía Banco Mundial (2019).*

## 4. Protección del derecho a la salud y conflicto armado

### a. Dificultades fácticas para la protección de la salud materno-infantil en los conflictos armados.

La protección de la salud constituye un importante reto durante un conflicto armado y conseguirlo, resulta un arduo trabajo. Las guerras, en términos de salud pública, implican:

- La destrucción de infraestructuras sanitarias,<sup>35</sup> tanto hospitales como centros de atención primaria como almacenes logísticos de material sanitario y medicación (Devakumar et al., 2015). Esto afecta de manera directa al derecho a la salud de toda la población, pero aún más al colectivo vulnerable que nos atañe, dado que las futuras madres no disponen de centros a su alcance para el seguimiento del embarazo ni espacios seguros para la asistencia al parto, así como tampoco el material necesario en condiciones de esterilidad o asepsia para dar a luz en un lugar adecuado y limpio. La falta de medicación y vacunas también implica un aumento de los trabajos de parto dolorosos y con mayor riesgo de infección por falta de antibioterapia disponible. El déficit de vacunas (tanto de las vacunas en sí como del lugar donde se administran) provoca una menor cobertura vacunal infantil con el riesgo de contraer infecciones potencialmente letales y totalmente prevenibles.
- La destrucción de instalaciones que mantienen la salubridad (Hidalgo, 2008): alcantarillado público, plantas de reciclaje/incineradoras, plantas de gestión de residuos,

---

<sup>35</sup> En la literatura se pueden encontrar miles de casos: Tucak et al., 1991; el caso de Nicaragua: Garfield et al., 1987; el de Mozambique: Cliff y Noormahomed, 1988.

implicando un riesgo epidémico de transmisión de enfermedades y una toxicidad para la población. Evidentemente este punto también afecta a la salud de toda la población, pero los niños de nuevo son los más vulnerables, primero por no disponer de un sistema inmune tan capacitado como los adultos como por estar en contacto con mayor frecuencia con el suelo y aguas que en casos de conflicto armados están más contaminadas o presentan patógenos que en condiciones normales no estarían presentes.

- La destrucción de vías de acceso (carreteras, aeropuertos, puertos, vías férreas) que implica la dificultad de llegada de material médico, medicamentos y vacunas implicando, así como también la dificultad de la población para llegar a los centros sanitarios. Este punto se encuentra ligado al acceso a las infraestructuras sanitarias, por lo que conlleva y agrava las mismas consecuencias comentadas.
- La contaminación medioambiental del suelo o del aire (Partow, 2008) ya sea con las bombas, gases armamentísticos, incendios o el petróleo utilizado, causando una frecuente contaminación de las aguas usadas para consumo o regadío/agricultura con la consecuente contaminación de cultivos/animales (Feldman, 2003) y el empeoramiento de la calidad del aire y el deterioro respiratorio de la población (principalmente aquella afectada por enfermedades cardiorrespiratorias crónicas como en el caso de niños con problemas de asma, bronquitis, rinitis de repetición).
- La falta de suministros en general: agua, luz, gas, alimentos (Toole y Waldman, 1993), productos de limpieza e higiene y ropa de abrigo; bienes y productos que tienen una repercusión directa

en la salud causando la falta de éstos, casos severos de malnutrición/desnutrición (Uchendu, 2018), el aumento de infecciones por falta de higiene, la inmunosupresión derivada del frío o las dietas pobres. En este caso la salud infantil se ve totalmente afectada, una correcta alimentación sana y equilibrada es la base para su correcto desarrollo físico y neurológico y en cuanto al frío, los menores tienen menos capacidad de regulación térmica en comparación a los adultos.

- La migración masiva producida por el conflicto implica la pérdida de seguimiento de pacientes crónicos, la no realización de revisiones sistemáticas de niños y mujeres embarazadas y la disminución de las tasas de vacunación infantil. Así como también el desplazamiento de personal sanitario por la inestabilidad derivada del conflicto implicando una disminución de personal disponible para atender a la población.
- La desviación de recursos económicos por parte del Estado hacia la manutención/defensa del conflicto afecta directamente a un sistema de salud, ya precario por el contexto bélico, pero con menores fondos para sostener la infraestructura y personal aún disponible (Sidel y Levy, 2009).

La guerra afecta a distintos niveles de la salud pública y de forma diversa según el conflicto del que se trate y la fase en que se encuentre. Junto al debilitamiento de los pilares esenciales del sistema de salud, otros aspectos que perjudican la salud o la asistencia sanitaria o los cuidados; entre ellos, la falta de acceso a información y educación a mujeres (acceso a la información de sus derechos sexuales y reproductivos) y niños (derecho a educación como parte esencial del desarrollo sano y completo del niño).



En 2022 UNICEF publicó un informe titulado “25 años de conflictos armados y la infancia” (UNICEF, 2022b) donde presentaba un análisis detallado sobre las graves violaciones cometidas en los conflictos armados sobre los niños y las niñas. La mayoría de estas graves violaciones impactan directamente en la salud infantil. Desde 2005, las Naciones Unidas han verificado más de 266.000 violaciones graves<sup>36</sup> de los derechos de la infancia cometidas por las partes en conflicto en más de 30 situaciones de conflicto en África, Asia, Oriente Medio y América Latina siendo el asesinato, la mutilación, el reclutamiento infantil en las fuerzas y grupos armados y la violación<sup>37</sup> y violencia sexual los más frecuentes. La mayor parte de estas violaciones se han llevado a cabo en 5 países/regiones en conflicto: Afganistán, Israel y Palestina, Siria, Yemen y Somalia.

En el mismo informe, se menciona que desde 2005, las Naciones Unidas han verificado más de 13.900 incidentes de ataques contra instalaciones educativas y médicas y personas protegidas, incluidos alumnos y niños hospitalizados, personal sanitario y escolar, produciéndose principalmente en Afganistán, la República Democrática del Congo y Siria con un 25% de todos los incidentes. Otro ejemplo claro de ataque al derecho a la salud infantil se produjo en 2019 en Siria con ataques reiterados a 37 instalaciones de agua privando de agua potable y segura a toda la población con las consecuencias que implican.

---

<sup>36</sup> UNICEF plantea que probablemente esta cifra está infraestimada por la dificultad y limitaciones socioculturales que existen en ciertos países para realizar denuncias infantiles (aceptación cultural, vergüenza, miedo, etc.). Aun así, las denuncias verificadas han ido en aumento desde 2005, dato muy favorable al mostrar mayor consciencia de denuncia por la población (UNICEF, 2022b).

<sup>37</sup> En los últimos cinco años las violaciones diarias verificadas alcanzan la alarmante cifra de 71 violaciones diarias en el mundo según el estudio de UNICEF (UNICEF, 2022b).

Save The Children realizó un informe llamado “En guerra contra la infancia” en 2018 donde se analiza la situación de los niños a nivel mundial en los distintos conflictos. Entre las conclusiones más relevantes del informe:

- El número de niños que viven en zonas de conflicto ha aumentado en más de un 75% desde principios de los años 90, cuando eran unos 200 millones, hasta superar los 357 millones de niños en 2016 (aproximadamente uno de cada seis niños). De estos niños, 165 millones se ven afectados por conflictos de alta intensidad (la mayoría de ellos, situados en Asia y Oriente Próximo) (Save the Children, 2018). Los niños que viven en estas zonas afectadas por el conflicto suelen carecer de acceso a la educación y a la asistencia sanitaria y están más expuestos a la violencia.
- Se observa que se utilizan tácticas cada vez más brutales, incluidos el uso de niños como terroristas suicidas, el ataque directo a centros educativos y hospitales y el extendido uso de armas indiscriminadas como bombas de racimo, bombas de barril y artefactos explosivos improvisados (Save the Children, 2018, p. 72).

**b. La protección jurídica de la salud materno-infantil en los conflictos armados**

Debemos partir recordando que la protección jurídica en un conflicto armado, a pesar del contexto bélico, también aplica el derecho internacional de los derechos humanos, por lo que los mismos instrumentos de derecho internacional público mencionados en el capítulo anterior tienen alcance y jurisdicción.

El derecho internacional de los derechos humanos engloba a todos los seres humanos sin discriminación, en cualquier situación y aplicable en todo momento (tanto en tiempos de paz como de guerra). Ahora bien, la protección jurídica de los derechos humanos durante el conflicto armado interno o internacional<sup>38</sup> se plantea a través del derecho internacional humanitario, un conjunto de normas que exige la limitación los efectos del conflicto armado regulando el derecho sobre el modo en que puede usarse la fuerza —y no el derecho al uso de la fuerza— (Naciones Unidas, 2011) con el objetivo de proteger a las personas que no participan (civiles) o han dejado de participar o continúan (combatientes) en las hostilidades y restringir los medios y métodos de combate. Dicha limitación tiene sentido porque el objetivo último de la guerra es el debilitamiento político y militar del enemigo, pero haciéndolo compatible con unos principios mínimos de dignidad humana. Esta afirmación es particularmente relevante en el objeto de estudio del presente trabajo porque ¿Qué hay más básico en la dignidad humana que las condiciones en que se da un nacimiento? Lamentablemente —y pese a la creciente consideración de esta cuestión por las autoridades militares— y la experiencia reciente de algunos conflictos demuestra que el uso de la violencia sexual previa y durante el embarazo, el ataque a hospitales neonatales y el asesinato o secuestro de niños recién nacidos constituyen una práctica no erradicada en los conflictos armados.

El derecho internacional de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario son dos sectores distintos del ordenamiento jurídico dotados de autonomía plena que deben aplicarse de manera que, en el contexto del conflicto armado, se

---

<sup>38</sup> Conviene recordar que esto incluye las guerras entre dos o más Estados, conflictos armados internos y el despliegue de operaciones de mantenimiento de la paz.

complementen y se refuercen mutuamente.<sup>39</sup> Sin embargo, como se ha señalado por la doctrina, esta relación tampoco está exenta de conflictos siendo el principio *pro homine* o aplicación de la norma más favorable para el ser humano, el que debe dirimir la búsqueda de soluciones (Sanz Caballero, 2022, p. 230).

El derecho internacional humanitario ha alcanzado en la actualidad un elevado grado de codificación siendo los siguientes instrumentos los más relevantes al objeto de este estudio: el Reglamento de La Haya relativo a las leyes y costumbres de la guerra terrestre (Carnero Cuenca, 2018); el I Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos y los enfermos de las fuerzas armadas en campaña; el II Convenio de Ginebra para aliviar la suerte que corren los heridos, los enfermos y los náufragos de las fuerzas armadas en el mar; el III Convenio de Ginebra relativo al trato debido a los prisioneros de guerra; el IV Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra; el Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados internacionales —conocido como Protocolo Adicional I— y el Protocolo adicional a los Convenios de Ginebra del 12 de agosto de 1949 relativo a la protección de las víctimas de los conflictos armados sin carácter internacional —Protocolo II—; el Protocolo facultativo a la Convención sobre los Derechos del Niño relativo a la participación de niños en los conflictos armados proporciona una protección especial limitando la participación de los niños en las fuerzas armadas y elevando la edad mínima de acceso a éste. El Estatuto de Roma incluye la jurisdicción de la Corte Penal Internacional cuyas

---

<sup>39</sup> El Consejo de derechos humanos reconoció que la normativa de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario eran complementarios y se reforzaban mutuamente en la Resolución A/HRC/11/31, párr. 5.

disposiciones le permiten perseguir el reclutamiento y el traslado forzoso de niños como crimen de guerra. Además de estos convenios, también se disponen de otros tratados internacionales que se encargan de regular o limitar el uso de ciertas armas<sup>40</sup> o dispensar una “protección particular” a determinados grupos de personas (heridos, enfermos, niños, personal sanitario, informadores). El Comité Internacional de la Cruz Roja juega un papel relevante en la interpretación y aplicación del derecho internacional humanitario; en sus comentarios, ha clarificado que la “protección general” que dispensa el Protocolo II al Convenio de Ginebra opera sobre todas las personas civiles sin distinción y, por tanto, “la protección particular no sustituye, sino que se superpone a la protección general” (Cruz Roja, s.f., párr. 4767).

Por lo tanto, disponemos de una protección general y una protección particular pero no de un instrumento internacional específico para la protección del derecho a la salud materno-infantil durante los conflictos armados. No obstante, el IV Convenio de Ginebra en su artículo 16 menciona la protección especial de las mujeres embarazadas —y encinta o parturientas—; el artículo 18 recoge la protección a los hospitales civiles por ambas partes del conflicto y la prohibición de no atacarlos bajo ninguna circunstancia; el artículo 20 establece el respeto y la protección al personal sanitario, además de regular la correcta identificación del personal mediante un distintivo en el brazo izquierdo; sus artículos 21 y 22 protegen el transporte de parturientas; el 23 establece la obligación de libre paso

---

<sup>40</sup> Entre ellas, la Convención sobre la prohibición del empleo, almacenamiento, producción y transferencia de minas antipersonal y sobre su destrucción de 1997, la Convención sobre municiones en racimo de 2008 o la Convención sobre la prohibición del desarrollo, la producción y el almacenamiento de armas bacteriológicas (biológicas) y tóxicas y sobre su destrucción de 1972.

de medicamentos y material sanitario para todos los civiles, y víveres y ropa necesaria para menores de 15 años y mujeres encinta o parturientas. Por su parte, el artículo 24 incluye la protección especial a la infancia —y sin incluir su derecho a la salud de forma explícita— y, pero sí el derecho a la familia y a su cuidado por las partes del conflicto en caso de orfandad o abandono promoviendo el traslado de niños a países neutrales. Finalmente, el artículo 50 regula el correcto funcionamiento de los establecimientos dedicados a la asistencia —entre los que se comprenden también las clínicas y hospitales— y a la educación —y no lo menciona directamente, pero se puede entender implícita también la educación para la salud—y de los niños en territorios ocupados.

## 5. El conflicto armado en Sudán del Sur

### a. Breve descripción del conflicto

Sudán del Sur está situado en África Oriental sin litoral en sus inmediaciones, colindante con Sudán, Etiopía, Kenia, Uganda, la República Democrática del Congo y la República Centroafricana. Como Estado independiente de Sudán, apenas existe desde 2011 tras un largo conflicto y un referéndum de independencia. Tiene el menor índice de desarrollo humano del mundo y el mayor índice de Estado frágil.<sup>41</sup>

---

<sup>41</sup> El Índice Mundial de Fragilidad es un índice creado por la Organización Fund for Peace que valora mediante el análisis de 12 variables (indicadores de cohesión, políticos, económicos, sociales y cruzados) la capacidad de un Estado de proporcionar seguridad y servicios públicos básicos a gran parte de la población. Se estudia el comportamiento para 178 países del mundo reconocidos por la Naciones Unidas (Fernández Sánchez, 2018).

Sufrió una primera guerra civil entre 1955-1972 (17 años) por las diferencias étnicas, religiosas y territoriales entre el Norte y el Sur de Sudán y la mayor reclamación de autonomía del Sur al gobierno central que consiguió la creación de una región autónoma sureña con poderes definidos; pero posteriormente el quebrantamiento del acuerdo de paz (Acuerdo de Adís Abeba) por parte del Norte provocó una segunda guerra civil entre 1983-2005 (22 años) considerada la guerra más letal del siglo XX y entre las más duraderas. Ésta última finalizó tras presiones internacionales y comerciales con el referéndum de independencia en 2011. El conflicto del Norte-Sur surge de sus antecedentes históricos, un norte de origen musulmán y lengua árabe con influencia egipcia y el sur de origen cristiano-animista y lengua inglesa como antigua colonia inglesa (Johnson, 2016). El conflicto entre Norte y Sur siempre se ha producido mayoritariamente en el territorio del Sur.

El conflicto analizado es nuevo de un conflicto no internacional, una guerra civil étnica y política surgida a raíz de un golpe de Estado de las fuerzas opositoras, principalmente el Ejército de Liberación del Pueblo de Sudán, contra el gobernante actual, Salva Kiir —desde diciembre de 2013 hasta febrero de 2020—. El actual, se suma a los anteriores cuarenta y cinco años de conflicto; abundando en esta idea, los escasos años de periodos entre guerras, tampoco se pueden calificar como periodos de paz.

Sudán del Sur ha ratificado y firmado todos los instrumentos del derecho internacional. Es el sexto país del mundo más peligroso para los niños afectados por conflictos en 2016, por detrás de Siria, Afganistán, Somalia, Yemen y Nigeria (Save The Children, 2018).

## **b. Análisis y datos relativos a la salud materno-infantil**

La población total de Sudán del Sur es de 11,6 millones de personas, con una tasa total de fecundidad por mujer de 4,4 hijos en 2022 y una tasa media de crecimiento anual de población de un 2,1% (datos previstos para 2020-2025). La esperanza de vida al nacer actualmente se sitúa en 57 y 60 años para hombres y mujeres, respectivamente. La escasez de datos de origen institucional exige la aplicación de estimaciones con rangos de variación amplios.

Según el informe UNPFA 2022:

- La mortalidad materna por cada 100.000 nacidos vivos es de 1.150 muertes maternas (dato de 2017 con un rango de incertidumbre muy amplio entre 789 y 1.710), el valor más alto de cualquier país en el mundo. También se observa que dicha mortalidad ha aumentado desde 2011 coincidiendo con el inicio del nuevo conflicto armado.<sup>42</sup>
- El número de partos atendidos por personal sanitario cualificado entre 2014-2020 se sitúa en el 19%,<sup>43</sup> siendo el peor porcentaje del mundo.
- El índice de cobertura de servicios de salud esenciales se sitúa en el 32%; nuevamente, el más bajo a nivel global.
- No se dispone de datos reales de mortalidad infantil si bien, el Grupo de Naciones Unidas de Estimación de la Mortalidad

---

<sup>42</sup> Tendencia observada en los datos obtenidos a partir de datos de WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group, and the United Nations Population Division. Trends in Maternal Mortality: 2000 to 2017. Geneva, World Health Organization, 2019. Texto electrónico accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

<sup>43</sup> En cuanto a la tendencia, se observa una ligera mejoría, pero solo se dispone de datos en 2006 que presentaba un porcentaje de asistencia cualificada del 10% de los partos.



Infantil<sup>44</sup> aporta datos estimados actuales y evolutivos en los anteriores años. Actualmente la mortalidad en menores de 5 años en Sudán del Sur se sitúa en el 97,86 por cada 1000 nacidos vivos,<sup>45</sup> un dato muy elevado —tanto a nivel mundial como regional<sup>46</sup>— aunque experimenta un descenso progresivo desde 1955 y un estancamiento desde 2010.

- La desnutrición infantil en menores de 5 años se encuentra en el 31,6% según los datos del Banco Mundial (dato anterior del que se dispone fue en 2006 con 36,2%).
- La mortalidad neonatal en 2022 se estima en 40,2 muertes por cada 1000 nacidos vivos y la tendencia se encuentra bastante horizontalizada y con escasa mejoría desde 1955.
- Los datos sobre el estado vacunal infantil de la OMS son muy escasos<sup>47</sup> y se sitúan entorno el 49-51% de inmunización para todas las vacunas. Es decir que sólo la mitad de la población está vacunada, quedando el resto sin protección. En cuanto a la tendencia temporal de inmunización, en 2013 el porcentaje de vacunación era superior —en torno al 60%— para algunas

---

<sup>44</sup> Datos extraídos de la página web oficial del grupo de trabajo UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation: <https://childmortality.org/>.

<sup>45</sup> Siendo el dato de mortalidad en menores de 5 años a nivel mundial de 36,63 muertes/1000 nacidos vivos y el dato de mortalidad neonatal de 17 muertes/1000 nacidos vivos. Cfr. *idem*.

<sup>46</sup> Al observar el mapa 1, se puede constatar que la mortalidad en menores de 5 años en la región de África subsahariana/ecuatorial es la más elevada de todo el mundo, pero Sudán del Sur y Sudán son los que presentan peores datos. La mortalidad en menores de 5 años en la región África subsahariana actualmente se encuentra en 73,9 muertes/1000 nacidos vivos.

<sup>47</sup> Los datos de la OMS muestran las últimas estimaciones de cobertura nacional de inmunización (WUENIC) de la OMS/UNICEF para Sudán del Sur. Se basan en datos informados hasta el 7 de julio de 2022.

vacunas como la BCG y DTP, pero en general presenta escasa mejoría.

- No se disponen de datos en cuanto al número de camas hospitalarias por cada 1000 habitantes.
- Otros datos no relacionados directamente con la salud materno-infantil pero reveladores son la elevada prevalencia de inseguridad alimentaria (62-66%, datos de 2017-2021), la tasa de mortalidad atribuida a agua insalubre, saneamiento inseguro y falta de higiene situada en 63,3 personas por cada 100.000 habitantes (datos de 2006, sin tener otros datos disponibles) y la incidencia de pobreza de 1.9\$/día en el 69% de la población.

### **c. Consecuencias del conflicto en el derecho a la salud materno-infantil**

Tras el análisis de los indicadores previamente mencionados no se observa a nivel macroscópico ni estadístico un empeoramiento de la situación de la salud materno-infantil en Sudán del Sur antes, durante o después del reciente conflicto excepto en la mortalidad materna que muestra un ligero empeoramiento. El resto de los indicadores presentan una evolución mínimamente satisfactoria; sin embargo, el sesgo de información disponible no ofrece garantías acerca sobre la fiabilidad de la tendencia.

En 2011, Sudán del Sur salió de la línea de salida más baja posible tras dos guerras civiles en la región. La inestabilidad política, la violencia, corrupción, pobreza y los efectos de la pandemia por COVID-19 unido a un sistema sanitario extremadamente débil y dependiente de la ayuda internacional hace muy difícil garantizar el derecho a la salud de todos los ciudadanos y más aún de colectivos vulnerables como en el caso de madres y niños.

La situación global sanitaria en cuanto a la salud materno-infantil es pésima:

- Las tasas de mortalidad neonatal, que representan más del 40% de las muertes de menores de 5 años, se han mantenido estables en los últimos diez años<sup>48</sup> y uno de cada diez niños no cumplirá los cinco años a causa de enfermedades prevenibles.
- Las tasas de mortalidad materna son las más altas del mundo desde hace décadas, y son producidos por causas comunes como las infecciones, las hemorragias y los partos obstruidos que podrían disminuirse o evitarse con una correcta asistencia. Los altos niveles de partos entre las adolescentes, junto con su mal estado de salud y nutrición y la reducida disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva de calidad, son también factores causales fundamentales.
- El acceso a partos atendidos por personas cualificadas sigue siendo muy bajo. La transmisión vertical del VIH aumentó debido a la disminución de cobertura de tratamiento y el escaso conocimiento de la transmisión vertical.
- Los establecimientos sanitarios no cuentan con equipos ni personal suficientes. En torno a la mitad de las 1.981 instalaciones sanitarias del país no están en funcionamiento y el 60% dependen de ayuda humanitaria. La inseguridad y la falta de personal sanitario femenino supone una limitación de acceso para adolescentes y mujeres.
- La grave situación de inseguridad alimentaria y malnutrición que conduce a que un tercio de los niños tenga retraso de crecimiento

---

<sup>48</sup> Datos extraídos de la página web oficial del grupo de trabajo UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation: <https://childmortality.org/>.

y déficits vitamínicos considerables y normalizados. Desnutrición en hasta 1.4 millones de niños en 2022 (South Sudan Humanitarian Needs Overview, 2022). La malnutrición o desnutrición materna también tiene una afectación directa en la alimentación de los hijos.

- En torno a un 86% de la población no utiliza agua gestionada de forma segura y el 63% del agua potable de los hogares está contaminada con E. coli. Solo el 2% de los hogares declararon tener acceso a una fuente de agua protegida. En un 75% de los hogares se practica la defecación al aire libre y solo el 10% dispone de una instalación de saneamiento mejorada y el 6% de un lugar específico para lavarse las manos, con agua y jabón disponibles (Ministerio de Salud de Sudán del Sur, 2021).

A todo ello, se suma que el aumento de ataques a centros educativos, centros sanitarios y en general a la población civil hace que muchas mujeres no acudan a un centro hospitalario o núcleo urbano a recibir la asistencia sanitaria que requieren.

#### **d. Acción internacional desplegada**

La Organización de las Naciones Unidas ha auspiciado cuatro planes de acción con fuerzas y grupos armados de Sudán y Sudán del Sur.<sup>49</sup> La mayor parte de las actividades incluidas en estos compromisos se centran en evitar el reclutamiento infantil.<sup>50</sup>

---

<sup>49</sup> Los acuerdos realizados en Sudán son previos a la existencia de Sudán del Sur como país independiente (2011), pero todos los tratados se firmaron en las guerras civiles comentadas anteriormente.

<sup>50</sup> Actividades incluidas: Tipificar el reclutamiento y la utilización de niños por las fuerzas armadas y emitir una orden militar para detener y prevenir el reclutamiento de niños, investigar y enjuiciar a las personas que reclutan y utilizan a niños, nombrar a especialistas sobre la protección del niño en las fuerzas de seguridad, liberar a todos los

- Los pactos en Sudán han sido los siguientes:<sup>51</sup> Acuerdo con el Ejército de Liberación de Sudán – facción Minnawi (ELS/Minnawi) (11 de junio de 2007);<sup>52</sup> el Acuerdo con el Ejército de Liberación de Sudán – facción Abu Gasim (ELS/Abdul Wahid) (15 de agosto de 2008), y el acuerdo con el Ejército de Liberación de Sudán – facción Libre Albedrío (ELS/Libre Albedrío) (junio de 2010);
- En Sudán del Sur, los pactos se han realizado con el Ejército de Liberación del Pueblo del Sudán (SPLA) (12 de marzo de 2012) (firmó en calidad de fuerzas armadas del país después de la independencia en 2011) (prorrogado en marzo de 2013).<sup>53</sup>

En julio de 2011, Naciones Unidas creó UNMISS (misión de asistencia de las Naciones Unidas en la República de Sudán del Sur)<sup>54</sup> para asegurar la paz y la seguridad para posteriormente garantizar la

---

niños identificados en las filas de las fuerzas de seguridad, proporcionar acceso libre y continuo a campamentos y bases militares para que quienes se ocupan de la protección de la infancia puedan verificar que no hay niños presentes en las filas, proporcionar programas para la liberación y reintegración de los niños, fortalecer los sistemas de inscripción de los nacimientos e integrar mecanismos de verificación de la edad en los procedimientos de reclutamiento, poner en marcha campañas nacionales de sensibilización y prevención del reclutamiento de niños.

<sup>51</sup> Oficina del Representante Especial del Secretario General para los niños y los conflictos armados. Planes de acción con fuerzas y grupos armados. Accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

<sup>52</sup> Darfur Peace Agreement (2007). Accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023). Previamente se firmó en 2005 el primer Acuerdo de Paz llamado “Comprehensive Peace Agreement” que culminó con la retirada de tropas en el Sur en 2007. Accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

<sup>53</sup> El documento no se encuentra en ninguna página web oficial de Naciones Unidas. Disponible en formato multimedia. Accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

<sup>54</sup> Con la aprobación de la resolución 1996 (2011) el 8 de julio de 2011, el Consejo de Seguridad determinó que la situación a la que se enfrentaba Sudán del Sur seguía constituyendo una amenaza para la paz y la seguridad internacionales en la región y estableció la UNMISS para consolidar la paz y la seguridad y contribuir a establecer las condiciones para el desarrollo. Posteriormente en 2014 en su Resolución 2155 (2014) recondujo su función a la mencionada en el texto.

protección de civiles, la vigilancia de los derechos humanos y el apoyo a la ejecución del cese de hostilidades. La Unión Africana y la Unión Europea también enviaron misiones de paz y asistencia humanitaria a los desplazados y a afectados por el conflicto.

El Consejo Económico y Social de Naciones Unidas realizó recientemente un Documento de Programa para el país desde el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia<sup>55</sup> estableciendo un amplio presupuesto<sup>56</sup> para 2023-2025 con amplios objetivos entre los que se encuentran el derecho a la salud en general, y en concreto también el derecho a la salud pública, el de la salud sexual y reproductiva, así como la salud materno-infantil, el acceso a aguas potables y salubridad y afrontar la desnutrición general e infantil específicamente. Anteriormente el mismo Consejo ha realizado informes del país del Secretario General relativos a la prestación de apoyo integrado, coherente y coordinado en 2013, 2015, 2016 y 2017 en Sudán del Sur.<sup>57</sup>

El Programa Mundial de Alimentos realizó un Plan Estratégico Provisional en 2017<sup>58</sup> (2018-2020) con el objetivo de garantizar una seguridad alimentaria, la estabilidad y subsistencia de la agricultura y combatir la malnutrición, poniendo especial énfasis en niños

---

<sup>55</sup> Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Junta Ejecutiva, Segundo período ordinario de sesiones de 2022, 6 a 9 de septiembre de 2022. Tema 4 a) del programa provisional. Referencia: E/ICEF/2022/P/L.21.

<sup>56</sup> Presupuesto indicativo total de 27.660.000 dólares con cargo a los recursos ordinarios, con sujeción a la disponibilidad de fondos, y de 490.990.000 dólares con cargo a otros recursos, con sujeción a la disponibilidad de contribuciones para fines concretos.

<sup>57</sup> ONU. Consejo Económico y Social (ECOSOC), Informe del Secretario General, Prestación de un apoyo integrado, coherente y coordinado a Sudán del Sur por el sistema de las Naciones Unidas. E/2013/73, E/2015/74, E/2016/71 y E/2017/68.

<sup>58</sup> Programa Mundial de Alimentos (WFP). Segundo período de sesiones ordinario de la Junta Ejecutiva Roma, 13-16 de noviembre de 2017. Referencia: WFP/EB.2/2017/7-B/4.

pequeños y las mujeres gestantes y lactantes (efecto estratégico 2, acorde al programa).

Médicos sin Fronteras es la ONG sanitaria con mayor presencia en el país incluso antes de ser un Estado independiente;<sup>59</sup> ha atendido las urgencias sanitarias y las emergencias humanitarias<sup>60</sup> mientras también mantenía los servicios esenciales básicos en seis estados y dos áreas administrativas,<sup>61</sup> como es el caso de la asistencia al parto, hospitalización, vacunación infantil, protección contra VIH y asistencia reproductiva. También han participado otras ONG importantes como UNICEF, Cruz Roja y Save The Children, tanto con asistencia médica como con provisión de alimentos, refugio y protección ante abusos y agresiones principalmente a niños.

Recientemente, la Oficina de la OMS en Sudán del Sur, junto con el Ministerio de Salud de Sudán del Sur, han realizado un plan de recuperación postconflicto del sistema sanitario sudanés (Ongom, M. *et. al.*, 2022), además de un Plan de Estabilización y Recuperación del Sector de la Salud para el periodo 2020-2022. Este plan tiene como objetivo fortalecer los mecanismos de supervisión y coordinación, los sistemas de seguimiento del desempeño y mejorar la previsibilidad de la financiación, así como la sostenibilidad y el mantenimiento de los servicios de salud esenciales. Este proyecto ha creado ya una red de sistema sanitario de salud primaria en cuatro estados (Jonglei, Bahr el

---

<sup>59</sup> Médicos sin fronteras se encuentra en el territorio que actualmente es Sudán del Sur desde 1983 y médicos sin fronteras España desde 2004.

<sup>60</sup> Sólo en 2021, acorde a la memoria de la ONG: 667.400 consultas externas, 213.200 casos de malaria tratados, 61.700 hospitalizaciones, 13.300 partos asistidos, 11.900 vacunaciones de sarampión en respuesta a una epidemia, 5.750 cirugías, 3.070 niños hospitalizados en programas de nutrición terapéutica, 2.720 víctimas de violencia atendidas, 1.690 personas atendidas tras sufrir violencia sexual.

<sup>61</sup> Médicos sin Fronteras tiene presencia en el norte en Maban, Malakal, Fangak, Ulang, Lankien, Pieri, Leer, Bentiu, Mayom, Agok y Aweil; al sur en Yei, Yuba, Kediba, Mundri, Yambio, Tambura y Nagero; y al este en: Maruwa y Boma.

Ghazal Occidental, Ecuatoria Oriental y Ecuatoria Central) y se ha centrado en la prestación equitativa de servicios de salud a los grupos vulnerables, en particular las mujeres y las niñas. Gracias a ello, también se rehabilitaron importantes establecimientos de salud como el Hospital Universitario de Juba (que también funciona como hospital terciario/de referencia nacional) y el Centro de Maternidad de Bor (que atiende a una población de más de 96.000 de las mujeres y los niños más vulnerables), mejorando así la disponibilidad, la calidad y el mantenimiento de los servicios esenciales de salud.

## **6. El conflicto armado entre Ucrania y Rusia**

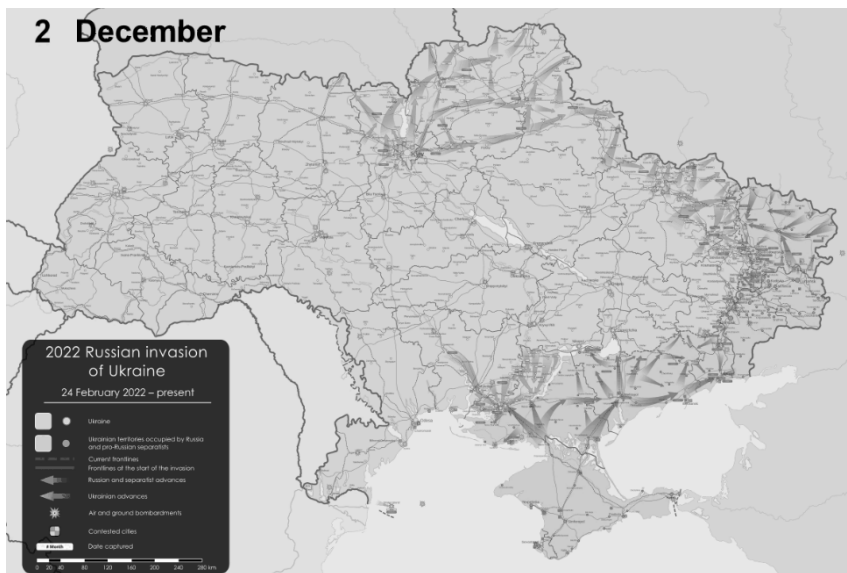
### **a. Breve descripción del conflicto**

Ucrania está situada al Este de Europa; forma parte de la Europa Oriental colindante con Moldavia, Rumania, Polonia, Hungría, Eslovaquia, Bielorrusia y Rusia. La frontera desde el noreste hasta el sur por el este del país la comparte con Rusia siendo la mayor frontera que comparte con un país vecino. A nivel histórico, gran parte de su historia viene de la mano de Rusia. Durante la primera guerra mundial, Ucrania se encontraba bajo dominación austríaca y rusa y persistió bajo la dominación rusa dentro del régimen soviético (URSS) hasta su disolución en 1991, año en que se realizó la declaración de independencia de Ucrania tras un referéndum de independencia.

La actual guerra entre Rusia y Ucrania se remonta a tensiones que empezaron a surgir en la primera década del s. XX, se incrementaron en 2014-2015 y han terminado en un conflicto armado internacional abierto en el año 2022, cuando Rusia invadió Ucrania. En 2014, el presidente en curso dimitió tras las grandes protestas pro-europeístas del Euromaidán al negarse a firmar un Acuerdo de



Asociación con la Unión Europea, y surgió un nuevo gobierno pro-europeo, generando también una serie de protestas en la zona de Crimea y Sebastopol. Estas protestas acabaron en una revuelta que impulsó un referéndum no autorizado por el Gobierno ucraniano sobre la independencia de la región de Crimea de Ucrania. Rusia ofreció soporte militar a Crimea consiguiendo su independencia y anexión en marzo de 2014, aunque en la Resolución 68/262 de la Asamblea General de las Naciones Unidas (resolución conocida como “Integridad territorial de Ucrania”) se rechazó la secesión de Crimea y Sebastopol, reconociendo la zona como territorio ucraniano. Los intentos de aprobar una resolución en el Consejo de Seguridad que condenaran la anexión se toparon con el veto de Rusia como miembro permanente.



*Ilustración 4: Mapa 3. Situación de la invasión rusa en Ucrania a fecha del 2 de diciembre de 2022. Fuente: 2022 Russian invasión of Ukraine – Viewsridge.*

Las sanciones de Estados Unidos y la Unión Europea tras la invasión rusa de Crimea, un país dividido con una mayoría pro Unión Europea, la posible expansión de la OTAN a países ex soviéticos aspirantes como Bosnia Herzegovina, Georgia, Finlandia, Suecia o Ucrania, aproximándose aún más a la frontera rusa fue la excusa sobre la que se produce la invasión militar rusa al territorio ucraniano. La acción rusa —sostenida sobre un pretendido derecho a disfrutar de un colchón de seguridad alrededor de sus fronteras y encauzada bajo un procedimiento legal de “Operación Militar Especial”— desde su inicio en febrero ha ido progresando desde el sur y sureste de Ucrania, aunque Ucrania ha recuperado parte del noreste en septiembre de 2022. (Rusia llegó a invadir parte de la capital ucraniana, Kiev. Aparte de la invasión terrestre, también se han producido múltiples ataques aéreos por todo el país.)

Según ACNUR, hay más de 7,9 millones<sup>62</sup> de personas refugiadas procedentes de Ucrania desde la invasión rusa registradas en otros países de Europa. La prensa internacional acreditada afirma la existencia de 6,9 millones de desplazamientos internos, siendo el 90% de ellos, mujeres y niños.

Ambos países son signatarios de instrumentos internacionales de protección internacional de los derechos humanos y de derecho internacional humanitario: por su parte, Ucrania ha ratificado todos los instrumentos del derecho internacional, así como la aceptación del procedimiento de investigación, las comunicaciones individuales<sup>63</sup> y la comunicación interestatal. No ha ratificado el

---

<sup>62</sup> Al 3/1/2023. Información disponible en este [enlace](#).

<sup>63</sup> Excepto las comunicaciones individuales e investigación relativas al Protocolo facultativo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, y el Procedimiento de quejas individuales de la Convención para la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.

Estatuto de Roma, pero aceptó la competencia *ad hoc* del Tribunal Penal Internacional. Rusia también ha ratificado la mayoría de los instrumentos internacionales<sup>64</sup> aunque con limitaciones en cuanto a los procedimientos de investigación (solo lo permite en dos protocolos<sup>65</sup>), las comunicaciones individuales (solo permitidas en cuatro protocolos<sup>66</sup>) y sin la aceptación de la comunicación interestatal.

## **b. Análisis y datos**

Dado que el conflicto armado tiene lugar principalmente en territorio ucraniano y con mayor impacto en dicho territorio, este estudio se focaliza en datos ucranianos, si bien cualquier conflicto internacional entre países tienen afectaciones para ambas poblaciones especialmente en las zonas fronterizas.

Actualmente, Ucrania tiene 43,3 millones de habitantes, presenta un ligero decrecimiento poblacional, con una tasa de fecundidad baja —característica muy común en países desarrollados—, situada en 1.4 niños por cada mujer y una esperanza de vida al nacer de 68 y 77 años

---

<sup>64</sup> No ha ratificado Protocolo Facultativo de la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes, Segundo Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos destinado a abolir la pena de muerte, Convención Internacional para la protección de todas las personas contra las desapariciones forzadas ni las comunicaciones interestatales al respecto ni tampoco Convención Internacional sobre la protección de derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares.

<sup>65</sup> Aceptado en Procedimiento de investigación de la Convención contra la Tortura y en Procedimiento de investigación del Protocolo facultativo de la Convención para la Eliminación de Todas las formas de Discriminación contra la Mujer.

<sup>66</sup> Procedimiento de quejas individuales de la Convención contra la Tortura, Protocolo Facultativo del Pacto Internacional de Derechos Civiles y políticos, Protocolo facultativo de la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer y el Procedimiento de quejas individuales de la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial.

en hombres y mujeres, respectivamente. En este sentido, las estadísticas disponibles no ofrecen una variación relevante de los datos respecto al año 2020 (previo al conflicto actual).

Según el informe de UNFPA 2022 en relación con Ucrania:

- La razón de mortalidad materna es de 19 por cada 100.000 nacidos vivos, siendo de los mayores en los países europeos. Sólo Armenia se sitúa en 26 por cada 100.000 y Georgia en 25 por cada 100.000, mientras que el resto de los países europeos tienen una razón de mortalidad inferior, entorno 3-7 por cada 100.000. Respecto a la comparativa con el año 2020, se mantiene estable.
- El 100% de los partos son atendidos por personal sanitario cualificado. En 2010 era del 99%. Por suerte este dato es la norma en el continente europeo desde hace décadas.
- El índice de cobertura de los servicios esenciales de salud es del 73%.

En cuanto a datos de mortalidad infantil, los últimos datos son de 2020 (previos al conflicto). La mortalidad en menores de 5 años por cada 1000 nacidos vivos es de 8,11 (en descenso progresivo) y la mortalidad neonatal es de 4.81 por cada 1000 nacidos vivos (también muestra una tendencia en descenso). En comparación con la región de Europa, presenta peores resultados,<sup>67</sup> pero mejores que en la región de Europa del este y Asia central<sup>68</sup> (estas regiones son definidas por Naciones Unidas y UNICEF para realizar los análisis demográficos

---

<sup>67</sup> En Europa, la mortalidad en menores de 5 años se encuentra en 4.5 muertes/1000 y la mortalidad neonatal en 2.53/1000.

<sup>68</sup> En la región de Europa del Este y Asia central, la mortalidad en menores de 5 años se encuentra en 10.68/1000 y la mortalidad neonatal en 5.5/1000.

estadísticos). No se disponen de datos de mortalidad infantil ni neonatal de 2022.

En relación con la cobertura vacunal infantil, los últimos datos disponibles son de 2021, y se presenta una buena cobertura de la mayoría de las vacunas,<sup>69</sup> y aunque no se disponen aún de datos de 2022, la OMS ya alerta que la guerra está interrumpiendo las inmunizaciones.<sup>70</sup>

### **c. Consecuencias del conflicto en el derecho a la salud materno-infantil**

En el último informe de Naciones Unidas (fechado el 4 de enero de 2023), se ha producido la muerte de 6.919 civiles, de los cuáles, 2737 eran hombres y 1842 mujeres, 175 niñas y 216 niños (además de 38 menores de edad y 1911 adultos cuyo sexo está por determinar). También 11.075 civiles han sido heridos, de los cuales 2401 eran hombres, 1726 mujeres, 233 niñas y 321 niños (además de 254 menores de edad y 6137 adultos cuyo sexo no se ha determinado aún) (OMS: Oficina Regional para Europa, 2023).

El informe contabiliza 17 millones de movimientos en la frontera<sup>71</sup> a países vecinos, principalmente Polonia (8 millones) y Hungría (2 millones). El perfil del refugiado ucraniano (UNHCR, (2023) continúa siendo en un 85% de los casos mujer, principalmente entre 35-59 años (47%), seguido de 18-34 años (25%) y con altos

---

<sup>69</sup> BCG del 86%, HiB del 87%, HepB3 del 77% y DTP del 91%. En el análisis temporal de la OMS, se observa una falta de cobertura en 2016 y 2017, aunque no se explica la casuística.

<sup>70</sup> OMS. La guerra en Ucrania interrumpe las inmunizaciones rutinarias. Accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

<sup>71</sup> No es correlativo al número de individuos/refugiados, sino movimientos que se han producido en la frontera contabilizados desde el 24 de febrero (inicio de la guerra).

niveles educativos (hasta el 75%), acompañadas con hijos (87% de los desplazados son mujeres y niños). En un 78% de los casos se ha producido separación familiar.

Los ataques reiterados a centros de salud u hospitales han sido un blanco importante de ataque. En septiembre de 2022, cuatro ONG independientes (Ukrainian Healthcare Center (UHC), Physicians for Human Rights (PHR), eyeWitness to Atrocities, and Insecurity Insight) aportan un informe a la Comisión Internacional Independiente de Investigación sobre Ucrania de las Naciones Unidas (IICIU) para la investigación de los ataques sanitarios (Ukrainian Healthcare Center *et. al.*, 2023). El sistema de vigilancia de ataques sanitarios de la OMS (WHO System for Surveillance Attacks on Health Care, SSA), en ese mismo mes, reportaba hasta 503 ataques a centros sanitarios, 425 impactos en centros, 72 impactos en transporte sanitario, 60 impactos en personal sanitario, 24 impactos en civiles (Physicians for Human Rights, 2022).

La mayor parte de los ataques a centros sanitarios se han llevado a cabo en el mes de marzo de 2022 con un total de 367 ataques, seguido del mes de abril con 104 ataques, perpetuando mensualmente entre 20-50 ataques.<sup>72</sup>

El Ministerio de Salud Ucraniano ofrece datos relativos a la destrucción de centros de salud y hospitales: 927 centros de salud han sido destruidos o dañados; 127 han sido totalmente destruidos y no permiten su restauración; y 59 hospitales han sido completamente restaurados. Las cinco regiones con mayor afectación de

---

<sup>72</sup> Number of attacks on health care in Ukraine monthly 2022. Statista Research Department, Dec 20, 2022. Accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

infraestructura sanitaria han sido Kyiv, Chernihiv, Donestk, Mykolaiv y Kharkiv.

Durante la guerra se ha objetivado un aumento de embarazos de riesgo, incluyendo un aumento de casos de prematuridad, abortos y patologías prenatales,<sup>73</sup> sumado a la gran destrucción de centros accesibles y de complejidad que permitan la asistencia adecuada al parto y a los cuidados intensivos neonatales, provoca un aumento, aún no documentado, de muertes maternas y neonatales potencialmente prevenibles.

Consecuencia de la crisis migratoria<sup>74</sup> provocada por el conflicto, el desplazamiento tanto interno como externo supone la pérdida de asistencia médica y seguimiento, la dificultad de acceso a los servicios sanitarios y también la limitación de acceso durante el desplazamiento de condiciones salubres de vida. Teniendo en cuenta que el 90% de los desplazados son mujeres y niños es evidente la afectación de la salud.

Entre los artículos médicos más completos de actualidad relativos a la situación de salud infantil se encuentra el de Maggioni (Maggioni, A., *et. al.*, 2022), presentando datos alarmantes respecto al aumento de enfermedades infecciosas prevenibles. La disminución de vacunación en tétanos (DTP), sarampión y poliomielitis, la dificultad de acceso a tratamiento de VIH con el consecuente aumento de su transmisión vertical y el riesgo de propagación a otros

---

<sup>73</sup> UNPFA News (2022). The UNPFA mobile maternity hospital saving lives during the war in Ukraine. Texto electrónico accesible en este [enlace](#) (UAV 20/6/2023).

<sup>74</sup> Como sabemos, las crisis de refugiados que se producen antes, durante o después de un conflicto armado siempre suceden en mayor o menor medida. El desplazamiento actual de ucranianos, en comparación a otros conflictos armados recientes, no difiere en cuanto a número, pero sí en cuanto al volumen de personas recibidas por Europa, que anteriormente eran conflictos armados más lejanos y con un menor número de refugiados.

países de acogida, la falta de tratamiento de tuberculosis en un país con tuberculosis multiresistente endémica, las heridas de guerra infantiles,<sup>75</sup> el aumento de enfermedades de transmisión sexual en mujeres y niños por abusos y agresiones sexuales por tropas rusas invasoras (UNICEF, 2022c).

Aún es pronto para conocer las consecuencias exactas de este conflicto armado, pero por seguro que la salud de madres y niños se verá gravemente afectada, tanto en el caso de madres y niños no desplazados pero que permanecen en la zona de conflicto, como las madres y niños desplazados a otros países o dentro del mismo país, como incluso las madres y niños del país que viven en zonas no afectadas directamente por el conflicto.<sup>76</sup>

#### **d. Acción internacional desplegada**

Las acciones internacionales llevadas a cabo por Europa han sido principalmente sanciones económicas (de inversión, financieras y de comercio) a Rusia. En 2014, la UE junto con Alemania y Francia iniciaron el diálogo político y la mediación, e incluso se creó el foro de Normandía, un foro de diálogo entre los líderes de Francia, Alemania, Rusia y Ucrania.

En cuanto a la contribución económica, acorde a los datos aportados por el *IFW Kiel: Ukraine support tracker para Statista*, el país que más está contribuyendo económicamente a Ucrania es

---

<sup>75</sup> Hasta mayo de 2022, el ACNUR recibió informes de 415 niños que sufrieron heridas en la guerra, una cifra que se suponía que era una gran subestimación. También se han informado lesiones graves por quemaduras en niños.

<sup>76</sup> El estrés por vivir en un país en conflicto, a pesar de no vivir en una zona conflictiva, afecta al desarrollo del niño y aumenta el riesgo de patología mental en el niño y en el adulto. Además, la zona receptora de desplazados internos puede tener un aumento de carga asistencial que el sistema sanitario no pueda soportar, generando aún mayor estrés y malas praxis por sobrecarga.



Estados Unidos con hasta 50.900 millones de dólares, seguido de instituciones de la UE (37.200 millones de dólares), el Reino Unido (7.500 millones de dólares), Alemania (5.800 millones de dólares) y Canadá (5.100 millones de dólares).<sup>77</sup> En el caso de la Unión Europea, la principal ayuda ha sido financiera, en el caso de Estados Unidos ha sido militar y financiera, y por último la humanitaria.

La UNPFA está aportando sustancialmente para mejorar la salud maternal, ofreciendo material médico y sanitario a varios centros perinatales como también ha creado varias unidades hospitalarias maternas móviles en las zonas bélicas, y ha donado hasta 30 ambulancias para asistencia a la salud sexual femenina, partos y la prevención de la mortalidad materna.<sup>78</sup>

## 7. Análisis comparativo de los casos

En primer lugar, merece la pena remarcar las características de ambos casos atendiendo a los motivos de nuestra elección. Nos encontramos ante dos casos de actualidad con características diametralmente opuestas: un conflicto internacional versus un conflicto interno, un país europeo versus un país africano, un país desarrollado versus un país no desarrollado y un sistema sanitario estabilizado versus uno con carencias significativas.

Todas estas características condicionan directamente los resultados de mortalidad materna, neonatal e infantil, de esta manera observamos que un país, como Sudán del Sur, debido su escaso desarrollo global presenta un sistema sanitario débil: con menos infraestructuras, menor acceso a éstas, menor personal en asistencia

---

<sup>77</sup> Datos disponibles en este [enlace](#).

<sup>78</sup> Datos disponibles en este [enlace](#).

a partos, menor cobertura de servicios de salud básicos, menor acceso a medicamentos, menor acceso a agua potable y alimentos seguros, provocando unos resultados relativos a la salud materno-infantil pésimos. Por aportar más datos, en 2011 tras su independencia, solo había 37 hospitales en todo el país, y una media de 1,5 profesionales médicos y 2 profesionales de enfermería por cada 100.000 habitantes (Médicos sin Fronteras, 2021).

Los antecedentes bélicos de Sudán del Sur, tras casi cinco décadas de conflicto, han provocado una gran inestabilidad política-democrática y dificultades considerables para alcanzar una buena gobernanza, piedras angulares para conseguir el buen desarrollo global del país, por lo que explica los resultados de mortalidad global. Por ello, los recursos desplegados en el país deben ir destinados inicialmente a generar paz, seguridad y estabilidad, a su vez que se invierte en el desarrollo sanitario para así poder mejorar los resultados progresivamente y de forma eficaz. En la cuestión sudanesa podemos observar que la mortalidad materna ha empeorado durante los años de conflicto, y aunque no podemos generalizar que este resultado concreto sea debido al conflicto de forma directa, sí que podemos intuir que ha sido un factor muy potencial. Como hemos visto, el alcance del grado máximo de salud es una cuestión multifactorial, pero todos estos factores determinantes se ven afectados por el conflicto.

Como ya hemos mencionado previamente, nos parece importante sugerir que un sistema sanitario débil implica mayor afectación en los resultados de mortalidad (tanto materna, infantil y neonatal), pero además un sistema débil tiene menos capacidad de amortiguar las consecuencias de la guerra, menor capacidad de absorción del aumento del volumen de pacientes y en general, menor

adaptabilidad a la nueva situación, por lo que afecta aún más a la mortalidad global en comparación con un sistema sanitario estable y desarrollado (como en el caso de Ucrania). Es posible que esta conclusión (a pesar de no ser una muestra representativa) pueda ser extrapolada a otros conflictos de similares características.

La extensión territorial del conflicto, la duración del conflicto y su agresividad también son un factor determinante ante el sistema sanitario. En el caso de Sudán del Sur, la extensión territorial ha sido prácticamente completa afectando a todo el país de norte a sur y de este a oeste (previamente a ser considerado una nación el conflicto afectó a la misma zona), la duración ha sido extenuante con largos periodos de guerra que han impedido el desarrollo del país y de su sistema sanitario. El conflicto interno entre fuerzas armadas civiles, aunque no disponen de grandes tecnologías bélicas terrestres ni aéreas (a diferencia de lo que podemos encontrar en conflictos internacionales, como el que se da entre Rusia y Ucrania), también ha afectado considerablemente al sistema sanitario.

En el caso de la guerra de Ucrania, las condiciones sanitarias y de desarrollo previas al conflicto eran muy positivas y aunque aún no disponemos de datos relativos a la salud materno-infantil postconflicto, es probable que éstas no se vean afectadas a nivel global.

Un sistema sanitario estable y formado, con facilidad de acceso, a una proximidad adecuada en relación con las poblaciones circundantes, con asistencia por parte personal sanitario adecuado a todos los partos, con acceso a medicamentos, agua potable y alimentos seguros en prácticamente todo el país hace que los resultados relativos a la salud materno-infantil sean muy buenos. Este sistema sanitario es fuerte para absorber las consecuencias de la

guerra en comparación con el conflicto sudanés. La extensión territorial del conflicto está limitada a las zonas fronterizas con Rusia (noreste, este y sur) y con relativa poca extensión en comparación con el territorio global del país, la duración actual del conflicto es de más de un año (el 24 de febrero de 2023 se cumplió un año), junto con la presión mediática europea e internacional, sugiere que es probable que no tenga tanta duración como en el caso de Sudán del Sur.

A pesar de estas “benévolas” características del conflicto, hay un factor determinante que puede o podría marcar la diferencia, el hecho de ser un conflicto internacional implica que dos potencias nacionales con sus respectivos ejércitos armados están en guerra, por lo que las características armamentísticas del conflicto y la agresividad bilateral puede ser más importante que en un conflicto interno. Al ser un conflicto con Rusia, el segundo ejército más poderoso del mundo (después de Estados Unidos), el tercero en gasto militar (después de Estados Unidos y China) y uno de los países poseedor de armas nucleares y biológicas puede generar una mayor afectación nacional.

Lo que resulta indiscutible es que en ambos casos el derecho a la salud materno-infantil ha sido o está siendo vulnerado independientemente de la cantidad de hospitales o centros sanitarios afectados o destruidos, o de la cantidad de mujeres y niños afectados. Aun así, es importante ver las repercusiones y consecuencias en ambos casos, así como la influencia que tiene atención mediática sobre las acciones de los organismos internacionales y ONG. El Instituto de Estudios sobre conflictos y acción humanitaria<sup>79</sup> junto a Médicos sin Fronteras denuncian en un informe (IECAH y Médicos sin Fronteras, 2022) los diferentes niveles de cobertura mostrando

---

<sup>79</sup> Datos disponibles en este [enlace](#).

una desigualdad de acción por la guerra de Ucrania en contraposición, por ejemplo, con la de Afganistán entre otras, a pesar de que las consecuencias en cuanto a severidad y número de afectados es mucho mayor.

Según el estudio, el llamamiento urgente de la ONU para Ucrania ha sido y es uno de los más grandes, rápidos y generosamente financiados de la historia. Según el Servicio de Seguimiento Financiero (FTS) de la ONU, a principios de junio de 2022, Ucrania había recaudado más fondos (2000 millones de dólares) que cualquier otro país. Los desastres en Siria, Afganistán y Yemen recibieron 1577, 1401 y 1088 millones de dólares, respectivamente, y el siguiente en la lista, Sudán del Sur, recibió menos de la mitad (447 millones). Además, de los 28 países en los que se solicitaban más de 100 millones de dólares, Ucrania ha sido, con diferencia, el país que más ha recaudado en relación con la cantidad solicitada. El mismo estudio también muestra las diferencias en cuanto a la acogida más empática de desplazados procedente de Ucrania y una mayor prevalencia mediática a manifestar la condición de crimen de guerra ante hechos frente a una mayor resistencia en otros conflictos. Esta diferencia de enfoque por parte de los medios de comunicación tiene repercusiones importantes en la opinión pública, la financiación y la asistencia internacional.

## **8. Conclusiones**

El derecho a la salud es el derecho de todas las personas a gozar del mejor estado posible de salud física y mental. Este derecho incluye el derecho a acceder a servicios de salud de calidad y a medios para garantizar la protección de la salud, así como el derecho a la información y educación sobre cuestiones relacionadas con la salud.

A su vez, este derecho es un derecho interdependiente con otros como el derecho a una vida digna, el derecho a educación o el derecho al trabajo, así como el acceso a factores determinantes de la salud como la alimentación y nutrición, la vivienda, el acceso a agua potable y condiciones sanitarias adecuadas o un medioambiente sano.

El derecho a la salud es un derecho humano fundamental incluido en la mayoría de los instrumentos del derecho internacional de derechos humanos. Como sabemos, este tiene como objetivo proteger y promover los derechos fundamentales de todas las personas, sin importar su ubicación geográfica o su sistema político o legal siendo de su aplicación en todas las situaciones.

El mencionado derecho está consagrado en diversos instrumentos internacionales de derechos humanos, como la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los instrumentos de colectivos específicos de la mujer, el niño, migrantes y discapacitados, además de los instrumentos regionales que también lo recogen. Los gobiernos tienen la responsabilidad de garantizar hasta el máximo de sus posibilidades que todos sus ciudadanos tengan acceso a servicios de salud asequibles y de calidad para alcanzar el más alto nivel de salud.

Sin embargo, los instrumentos de protección del derecho a la salud tienen limitaciones fácticas y jurídicas: la no ratificación de los tratados, la falta de recursos financieros y humanos necesarios; la falta de infraestructura de salud adecuada; el costo de los servicios médicos y la falta de personal capacitado; la pobreza, la discriminación y las desigualdades sociales; las limitaciones políticas y legislativas; los conflictos armados y los desastres naturales; la limitación de acceso a medicamentos esenciales y a la tecnología médica. Aun así, todas

estas limitaciones no son un impedimento para el Estado para el alcance del derecho a la salud en su máximo nivel de forma progresiva. Además, a pesar de la ratificación de los tratados, como en los casos expuestos de la guerra civil de Sudán del Sur y la guerra entre Rusia y Ucrania, las normas internacionales de derechos humanos y de derecho internacional humanitario se siguen vulnerando.

Los indicadores de salud materno-infantil son la mortalidad materna, como indicador de calidad de atención obstétrica y salud de las madres; en relación también con el porcentaje de partos asistidos por personal cualificado; la mortalidad infantil en menores de 5 años como indicador de atención sanitaria y de salud de los niños; la mortalidad neonatal (en el primer de vida) como indicador también de atención obstétrica y de la fortaleza del sistema sanitario; la tasa de fecundidad o natalidad como indicador demográfico de crecimiento o decrecimiento, el porcentaje de cobertura vacunal infantil como indicador de efectividad del sistema sanitario en cuanto a enfermedades prevenibles mediante inmunización.<sup>80</sup> Es de vital importancia realizar un seguimiento geográfico y temporal de estos indicadores, ya que nos alertan de forma objetiva de las consecuencias de planes de acción o políticas públicas que se puedan estar aplicando o bien de las consecuencias de un contexto concreto como un conflicto armado. Aunque, como cualquier dato, tienen limitaciones de recogida y acceso, y más aún en países de bajos

---

<sup>80</sup> También se podría valorar la cantidad de enfermedades prevenibles por una correcta asistencia al parto, un correcto seguimiento del embarazo, una correcta asistencia neonatal, además de condiciones de higiene, salubridad, agua potable, alimentos seguros, etc. Elementos que también forman parte del derecho a la salud de la población general, pero puede afectar de forma más agresiva a este grupo poblacional más vulnerable.

recursos, democracias débiles, o afectados por catástrofes o conflictos.

El seguimiento de estos indicadores difiere en los diferentes continentes. En la región arabe y en África hay una limitación importante en la protección del derecho a la salud materno-infantil, y esta se ve reflejada en sus peores tasas de mortalidad materna, neonatal e infantil, menor asistencia al parto por personal cualificado, menor cobertura sanitaria básica, menor cobertura vacunal, menor ratio de camas hospitalarias per cápita, etc. Estos datos contrastan con los indicados de los países desarrollados, como los de Europa o América del Norte.

El derecho internacional humanitario tiene como objetivo proteger a las personas que no participan directamente en los conflictos armados (o han dejado de participar) y minimizar el sufrimiento causado por los mismos, al igual que regular el uso de la fuerza y armas de combate. El derecho internacional humanitario incluye los Convenios de Ginebra y sus Protocolos Adicionales, que establecen las obligaciones de los Estados y las partes en conflicto en términos de trato a los civiles, a los heridos y a los prisioneros de guerra, éstos también recogen el derecho a la salud y otros derechos interdependientes a éste. De nuevo, la protección jurídica de estos instrumentos resulta insuficiente a la práctica: la falta de cooperación de los Estados y entre los Estados, la falta de su cumplimiento por parte de autoridades y sociedad civil, las limitaciones de acceso por parte de las víctimas a los mecanismos de rendición de cuentas, la falta de recursos financieros y humanos para que organismos internacionales y nacionales investiguen los acontecimientos y sancionen las violaciones de derechos humanos.



Durante los conflictos armados muchos derechos humanos fundamentales son vulnerados, entre ellos el derecho a la salud. Los conflictos armados tienen graves consecuencias en la salud materna e infantil, incluido el aumento de las tasas de mortalidad, morbilidad y morbilidad maternas. También puede generar interrupciones en la disponibilidad y accesibilidad de los servicios de salud reproductiva y materna, así como la falta de proveedores de atención médica capacitados. En muchas ocasiones, los Acuerdos de Paz son también insuficientes sin poder garantizar la protección de cualquier derecho fundamental incluyendo el de la salud: incumplimientos repetidos, la no inclusión de los agentes responsables o la no rendición de cuentas y la reparación a las víctimas. Todos los Acuerdos de Paz deberían incluir este último punto, haciendo un correcto seguimiento de que la indemnización, rehabilitación, restitución, satisfacción y las garantías de no repetición se llevan a cabo en su totalidad.

Las mujeres embarazadas, los recién nacidos y los niños son especialmente vulnerables en los conflictos armados debido al desplazamiento, la falta de acceso a la atención médica y la exposición a la violencia con el consecuente trauma o estrés físico o mental. También se enfrentan a dificultades para obtener una nutrición adecuada y sufren un mayor riesgo de violencia sexual y otras formas de violencia de género.

Además, los conflictos armados habitualmente provocan el colapso de los sistemas de salud, lo que puede exacerbar aún más el impacto en la salud materna e infantil. Es importante abordar las causas profundas de los conflictos armados y brindar apoyo para la salud materna y reproductiva en las zonas afectadas por conflictos a fin de mitigar los efectos negativos sobre ésta. La protección de este colectivo debe ser un punto prioritario y básico en la consecución del

derecho a la salud en general y más aún durante un conflicto armado. La salud de la madre tiene una repercusión directa sobre el niño y su posterior desarrollo adulto en sociedad.

Los casos estudiados fueron elegidos por su impacto y actualidad, las características del conflicto antagónicas (internacional y no internacional), el continente dónde se produce (Europa y África) y las características de su sistema sanitario. Después del análisis de datos, resulta evidente que en ambos casos se está vulnerando el derecho a la salud materno-infantil: se han atacado centros sanitarios y hospitales, se han atacado a civiles, se han limitado los accesos (limitando no solo el acceso de civiles sino también el de mercancías con medicamentos y material médico) y se han dañado fuentes de salubridad (acceso a agua potable, alcantarillado, centrales de gestión de residuos, etc.). Como consecuencia de esto y de la inestabilidad generada, en Sudán del Sur se observa un aumento de la mortalidad materna respecto años anteriores. En el caso de Ucrania, aún no se disponen de datos suficientes, aunque probablemente la afectación de éste será inferior por disponer de un sistema sanitario más formado y estable.

Resulta abismal la diferencia entre los sistemas sanitarios africanos y europeos. El financiamiento, el acceso, la calidad, las desigualdades y la cobertura son diametralmente opuestos, por lo que, si ya los marcadores relativos de salud materno-infantil son inferiores previos al conflicto, es de esperar que este tenga menor capacidad de adaptación y absorción durante y después del conflicto.

La acción internacional debe estar presente en todos los conflictos y contextos, pero, resulta especialmente necesaria en aquellas geografías con menor capacidad de adaptación y dificultades de base, ya que las consecuencias pueden ser de mayor magnitud

pese a tratarse de la misma vulneración del derecho a la salud materno-infantil. La atención mediática tiene un impacto importante sobre la acción de organismos internacionales como se ha visto en el conflicto de Rusia y Ucrania.

Los organismos internacionales encargados de la protección de los derechos humanos deben encargarse, como punto de partida, de la no vulneración de los derechos; a continuación, de garantizar la protección de las víctimas y una reparación de daños adecuada; y finalmente, de concienciar a los gobiernos y a la población de la importancia de proteger los derechos bajo cualquier circunstancia. La protección de la salud es una obligación internacional y un derecho humano, por lo que invertir en salud es invertir en bienestar y en desarrollo, pero, fundamentalmente, en estabilidad.

### **Referencias bibliográficas**

- ACNUR (2019). Informe de tendencias globales de desplazamiento forzado.
- Baker, D., Keogh, S., Luchsinger, G., Roseman, M., Sedgh, G. y Solo J. (2022). Estado de la población Mundial 2022, UNFPA.
- Cardona, J., Sanz S. y Arrufat A. (2022). La protección internacional de la persona, Valencia: Tirant Lo Blanch.
- Carnero Cuenca, I. A. (2018). El nacimiento del derecho internacional humanitario y su recepción en España: la Convención de Ginebra de 1864 y la Conferencia Internacional de la Haya de 1899.
- Catalán, V. G., y Talavera, M. (2012). La construcción del concepto de salud. *Didáctica de las ciencias experimentales y sociales*, (26).

- Cliff, J., y Noormahomed, A. R. (1988). Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. *Social Science & Medicine*, 27(7), 717-722.
- Cruz Roja (2014). Comité Internacional de la Cruz Roja, Comprendiendo el derecho a la salud. Madrid: Prosalus. Cruz Roja Española, 2014.
- (s.f.), *Comentario al Protocolo II*, Bogotá, Plaza y Janés.
- Devakumar, D., Birch, M., Rubenstein, L. S., Osrin, D., Sondorp, E., y Wells, J. C. (2015). Child health in Syria: recognising the lasting effects of warfare on health. *Conflict and health*, 9(1), 1-4.
- Falk, P (2022). After Nearly 100 Days of War, Two out of Three Children in Ukraine Are Displaced. CBS News.  
<https://www.cbsnews.com/news/ukraine-children-displaced-100-days-war>
- Feldman, B. (2003). War on earth. *Dollars and Sense*, 24-27.
- Fernández Sánchez, R. (2018). Una introducción al Índice de Fragilidad de los Estados.
- Garfield, R. M., Frieden, T., y Vermund, S. H. (1987). Health-related outcomes of war in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 77(5), 615-618.
- Grupo Interinstitucional de las Naciones Unidas para la Estimación de la Mortalidad en la Niñez (2020).
- Gruskin, S. y Tarantola D. (2001). HIV/AIDS and human rights revisited. *Can HIV AIDS Policy Law Rev.* 2001;6(1-2):24-29)
- Guerrero, L., y León, A. (2008). Aproximación al concepto de salud. Revisión histórica. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 18(53), 610-633.
- Hidalgo, G. N. (2008). El Derecho a un medio ambiente sano como derecho humano: su protección en contextos de paz y de conflictos armados. *Revista Virtual del Centro de Estudios de*

Derechos Humanos Universidad de San Martín de Porres|  
Facultad de Derecho, (1).

IECAH y Médicos sin Fronteras (2022). La acción humanitaria más allá de la guerra de Ucrania. [https://iecah.org/wp-content/uploads/2022/12/Informe\\_iecah2022\\_FINAL.pdf](https://iecah.org/wp-content/uploads/2022/12/Informe_iecah2022_FINAL.pdf)

Institute for Economics & Peace (2022). Global Peace Index 2022: Measuring Peace in a Complex World, Sydney, June 2022. <https://www.visionofhumanity.org/wp-content/uploads/2022/06/GPI-2022-web.pdf> (Último acceso verificado 1/7/2023).

Johnson, H. F. (2016). South Sudan: The untold story from independence to civil war. Bloomsbury Publishing.

Maggioni, A., *et. al.* (2022). Cascading Risks for Preventable Infectious Diseases in Children and Adolescents during the 2022 Invasion of Ukraine. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(12), 7005.

Médicos Sin Fronteras. (2021). Sudán del Sur: las consecuencias de la violencia tras una década de independencia. <https://www.msf.es/actualidad/sudan-del-sur/sudan-del-sur-las-consecuencias-la-violencia-una-decada-independencia>

Ministerio de Salud de Sudán del Sur (2021). Encuesta Nacional de Hogares en materia de Salud.

Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.

Naciones Unidas (2011). Protección jurídica internacional en los conflictos armados.

Navarro Román, A (2018). Reconocimiento y protección del derecho a la salud por el corpus iuris internacional de los derechos humanos: universal y regional, alcances y limitaciones. *Revista Contacto Global X Décima Edición*.

- OMS (2019). Grupo de Expertos en Asesoramiento Estratégico sobre inmunización. The Global Vaccine Action Plan 2011–2020. Review and lessons learned.
- (2020). Notas descriptivas: Mejorar la supervivencia y el bienestar de los niños.
- OMS: Oficina Regional para Europa. (2023). War in Ukraine: situation report from WHO Ukraine country office. Issue No.39, 4 January 2023.  
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1487093/retrieve>
- Ongom, M. *et al.* (2022). Post-conflict health system recovery efforts in South Sudan. Disponible en <https://hlh.who.int/action-briefs/post-conflict-health-system-recovery-efforts-in-south-sudan>.
- OHCHR (2008). UN Office of the High Commissioner for Human Rights, Fact Sheet No. 31, The Right to Health.
- Partow, H. (2008). Environmental impact of wars and conflicts. Arab environment: Future challenges, 159, 164.
- Physicians for Human Rights (2022). 500 Reported Attacks on Health Care in Ukraine a “Colossal Tragedy that Calls for Accountability”. <https://phr.org/news/500-reported-attacks-on-health-care-in-ukraine-a-colossal-tragedy-that-calls-for-accountability-phr/>
- Pureza, J. M. (2004). La protección internacional de los derechos humanos en los albores del siglo XXI. Universidad de Deusto.
- Sanz Caballero, S. (2022). “La protección del individuo durante los conflictos armados: el derecho internacional humanitario”, en Cardona, J., Sanz, S. y Arrufat, A., La protección internacional de la persona. Valencia: Tirant Lo Blanch, pp. 219-238.
- Save The Children (2018). En guerra contra la infancia.
- Sidel, V. W., y Levy, B. S. (2009). Consecuencias en salud de la desviación de recursos hacia la guerra y su preparación. *Medicina Social*, 4(3), 154-157.

- South Sudan Humanitarian Needs Overview (2022),  
[https://reliefweb.int/attachments/9f069761-9f44-3658-9a88-40a9f38b1c25/hno\\_ssd\\_2022\\_26feb2022.pdf](https://reliefweb.int/attachments/9f069761-9f44-3658-9a88-40a9f38b1c25/hno_ssd_2022_26feb2022.pdf)
- Toole, M. J., y Waldman, R. J. (1993). Refugees and displaced persons: war, hunger, and public health. *Jama*, 270(5), 600-605.
- Torrado, J. M., Balsera, P. D., y Garmendia, L. M. N. (2021). Los inicios transnacionales de los derechos de la infancia (primer tercio del siglo XX). *Espacio, Tiempo y Educación*, 8(1), 121-145.
- Tucak, A., Glavina, K., Bosanac, V., Njavro, J., Matoš, I., Švagelj, D., ... & Lacković, Z. (1991). Destruction of medical services in Slavonia and Baranja during the war against Croatia (till the end of 1991). *Medicinski vjesnik*, 23(3-4), 63-92.
- Uchendu, F. N. (2018). Hunger influenced life expectancy in war-torn Sub-Saharan African countries. *Journal of health, population and nutrition*, 37(1), 1-4.
- Ukrainian Healthcare Center, Physicians for Human Rights, eyeWitness to Atrocities, and Insecurity Insight (2022). Attacks on hospitals and healthcare in Ukraine. Joint Submission to the United Nations Independent International Commission of Inquiry on Ukraine.
- UNHCR (2023). Regional protection profiling and monitoring factsheet: Profiles, needs and intentions of refugees from Ukraine.
- UNICEF (2017). Levels & Trends in Child Mortality Report 2017.
- (2022a) Levels & Trends in Child Mortality Report 2022. Estimates developed by the United Nations Interagency Group for Child Mortality Estimation.
- (2022b). 25 años de conflictos armados y la infancia: Actuar para proteger a los niños y niñas en la guerra.
- (2022c). Children fleeing war in Ukraine at heightened risk of trafficking and exploitation.

UNPFA News (2022). The UNFPA mobile maternity hospital saving lives during the war in Ukraine.

Ukrainian Healthcare Center, Physicians for Human Rights, eyeWitness to Atrocities, and Insecurity Insight (2022).  
ATTACKS ON HOSPITALS AND HEALTHCARE IN UKRAINE  
Joint Submission to the United Nations Independent  
International Commission of Inquiry on Ukraine.

Vélez Arango, A. L. (2007). Nuevas dimensiones del concepto de salud: el derecho a la salud en el estado social de derecho. *Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 63-78.