

GUÍA DE COMITÉ

OMS



Organización Mundial de la Salud

Camila Pérez Tabares y Daniela Cedeño Perea

2025

Contenidos:

1. Palabras de los presidentes

2. Información del comité

I. Historia

II. Estructura del comité/objetivos

3. Tema 1: *Acceso a la atención médica en zonas de conflicto bélico y crisis humanitarias*

I. Contexto histórico

II. Situación actual

III. Puntos clave del debate

IV. Partes/organismos involucrados

V. Preguntas guía

4. Tema 2: *Financiamiento y calidad de la salud pública*

I. Contexto histórico

II. Situación actual

III. Puntos clave del debate

IV. Partes/organismos involucrados

V. Preguntas guía

1. Palabras de los presidentes

Estimados delegados,

Es un honor darles una cálida bienvenida en la tercera edición de MUNCH, somos

Camila Pérez y Daniela Cedeño de grado octavo del colegio Hispanoamericano. Esta carta tiene como fin expresarles nuestro apoyo incondicional hacia cada una de sus personas, y brindarles una breve introducción a lo que se vivirá en los futuros días de debate. En este espacio no solo valoraremos su iniciativa de querer formar parte de esta experiencia enriquecedora, sino también, su empeño y esmero puestos en este proceso. Mediante la representación de sus delegaciones, y el abordaje a soluciones realistas que mitiguen las problemáticas, podrán adquirir una mejoría en sus habilidades oratorias, argumentativas, de trabajo en equipo y de negociación .

Nuestras expectativas son que asuman este desafío con total compromiso y valentía, tal como nosotras hemos depositado nuestra plena confianza en cada una de sus capacidades. Los invitamos a expresarse sabiendo que este es un entorno de aprendizaje y crecimiento, donde los errores son válidos, no obstante, la timidez no lo es. No permitan que el miedo límite sus intervenciones, siéntanse a gusto de tener un lugar en el comité, en este cada voz y opinión tienen importancia y enriquecen el debate.

Con esto, esperamos su próspero desarrollo en el modelo, les deseamos suerte y convicción, recuerden que nosotras estaremos presentes en cada paso que den, acompañándolos y asistiéndolos en cualquier tipo de duda que se les presente en este camino. ¡Estamos para lo que necesiten, éxitos!

Camila y Daniela.

2. Información del comité

I. Historia

Tras el desastre causado por la Segunda Guerra Mundial (WW2), en el mundo se vió la urgencia de gestionar la salud y garantizar mediante una organización. Así, en abril de 1945, durante la Conferencia constitutiva de las Naciones Unidas, se propuso la creación de este

organismo, uno que velará por la seguridad en la salud mundial.

Del 18 de marzo al 5 de abril de 1946, se reunió un comité técnico preparatorio, en París, con el fin de redactar las propuestas y posteriormente presentarlas ante la Conferencia Sanitaria Internacional, ubicada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio del mismo año. La organización fue recibida bajo el nombre de "OMS", su conferencia se redactó y fue firmada por los representantes de 51 delegaciones que forman parte de las Naciones Unidas, junto con otras 10 naciones.

Según la constitución, la organización es un organismo de las Naciones Unidas que empezaría a operar cuando se reunirán como mínimo 26 firmas de representantes de las naciones, suceso que ocurrió el 7 de abril de 1948, estableciéndose tras un periodo de preparación y recaudación, la OMS.

Durante su transcurso de aplicación, los resultados han sido notorios, desde sus inicios y primeros pasos en 1950 se profundizó en campos científicos para un apoyo a la medicina, desde ahí, se ha demostrado un índice de desarrollo y progreso conforme avanzan los años, tomando el tiempo e iniciativa en el Campo sanitario.

Se han experimentado cambios a su vez, adaptándose a un nuevo ambiente, un nuevo entorno y una nueva tecnología, en busca de un desarrollo sostenible, la cual no deja desprotegida la salud, por esto, se procura formar un concepto de la salud apto y de simple acceso, que ofrezca la calidad suficiente. Sin embargo, en la OMS también se han
presentado

desafíos y retos que se ven obligados a llevar, recientemente, el ejemplo del COVID-19, entre otros.

II. Estructura del comité/objetivos

La Organización Mundial de la Salud (OMS) es un organismo especializado de las Naciones Unidas (ONU). Fue creada en 1948 como una rama de salud del sistema de la ONU y su principal objetivo es asegurar un buen nivel de salud para toda la población. Está conformada por 194 Estados miembros y 2 asociados. Su entidad rectora es la Asamblea Mundial de la Salud, esta se reúne cada año en Ginebra, Suiza, para establecer las prioridades y estrategias, definir las políticas de la organización y aprobar el presupuesto destinado a la organización.

La misión principal de la OMS es obtener el mejor nivel de salud para todas las poblaciones. Para lograrlo se desarrollan diferentes tácticas para la prevención, promoción y respuesta ante crisis médicas globales, dirigiendo la coordinación internacional en emergencias sanitarias, evaluando continuamente la situación médica y estableciendo estándares y directrices. Su labor busca reducir las desigualdades que existen en el ámbito de la salud, fomentar la cooperación global y apoyar a los países a fortalecer sus sistemas sanitarios, todo esto con el fin de poder enfrentar amenazas actuales y futuras.

Tema 1: *Acceso a la atención médica en zonas de conflicto bélico y crisis humanitarias*

I. Contexto histórico

El acceso a la atención médica en zonas de conflicto bélico y crisis humanitaria ha representado un gran desafío para la comunidad internacional durante más de un siglo. Desde la “Primera Guerra Mundial”, hasta los conflictos actuales como la crisis en Gaza, el conflicto bélico en Ucrania y el conflicto armado en Sudán. En estos, las instituciones de salud e incluso el personal médico ha sido gravemente atacado, lo que genera una crisis humanitaria y médica a gran escala.

Jarno Habicht, representante de la OMS en Ucrania, afirmó lo siguiente: “*No se trata*

solo de edificios, se trata de vidas trastocadas, de atención negada y de futuros puestos en suspenso” (Naciones Unidas, 2025). El conflicto bélico en Ucrania ha sido uno de los conflictos armados que más ha perjudicado el acceso a la atención médica, a lo largo de este, la OMS ha registrado más de 2.200 ataques a centros médicos y/o ambulancias, incluso, en febrero, un ataque nocturno en Odesa dañó la clínica infantil más grande del área. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en una reciente encuesta cuyo tema central era las necesidades sanitarias, se concluyó que el 25% de los participantes considera que el acceso a los servicios médicos se ha deteriorado notablemente, el 80% tiene dificultades para obtener diferentes fármacos, debido al alza de precios, y el 35% de la población prefiere aplazar la atención médica que necesita.

La ocurrencia de homicidios, lesiones, amenazas, daños en los vehículos, infraestructura, insumos, equipos e incluso el desplazamiento forzado del personal médico, son situaciones que limitan la prestación de atención médica y que también ocasionan la pérdida de vidas humanas. Además de que se evidencia un notable deterioro en la salud y en el bienestar de las poblaciones afectadas, todo esto, por la falta de disponibilidad de medicamentos, equipos y traslado asistencial oportuno.

Según el Derecho Internacional Humanitario (DIH), los hospitales deben estar completamente protegidos de ataques, independientemente del uso que cualquiera de las partes del conflicto

bélico le dé a estos. Las unidades sanitarias deben ser respetadas y protegidas en todo momento y bajo cualquier circunstancia. Esto implica que las unidades no solo deben ser respetadas y protegidas de los ataques, sino que además, cada uno de los estados y actores bélicos están en la obligación de velar y garantizar el derecho a la salud. En este sentido,

cualquier ataque contra un hospital, ambulancia, personal de salud y pacientes, es considerada una violación grave al derecho internacional. Asimismo, está estrictamente prohibido atacar o privar de la vida a los enfermos y/o heridos, ya que estos gozan de una protección especial. Todo esto se ve contemplado en los Convenios de Ginebra, una serie de tratados que establecen normas de conducta en situaciones de conflicto bélico, este se centra en la protección de los civiles y combatientes heridos. El Primer Convenio de Ginebra fue realizado en 1864, cuyo fin era priorizar la atención médica a soldados heridos y enfermos, el artículo 6 de dicho convenio establece que “los combatientes heridos o enfermos, cualquiera sea la nación a la que pertenezcan, serán recogidos y atendidos”. Este acuerdo, impulsado por Jean-Henri Dunant, fundador de la Cruz Roja Internacional, representó un avance colosal, ya que, por primera vez, la asistencia humanitaria en contextos de conflicto bélico fue reconocida como una obligación internacional. Su impacto fue de tal tamaño que, posteriormente, todo esto se consolidó en los Convenios de Ginebra de 1949, realizados después de las atrocidades de la Segunda Guerra Mundial, bajo el mando del Comité de la Cruz Roja (CICR). El haber aprobado estas convenciones amplió la protección a los combatientes, además de que se incluyó de manera explícita la protección de los civiles en tiempos de conflicto bélico. Gracias a estos se establecieron normas universales que hasta el día de hoy siguen siendo los fundamentos del DIH, recalcando la importancia de que estas sean respetadas para mitigar el sufrimiento de la humanidad en los conflictos armados.

A pesar de los avances significativos en la creación de acuerdos humanitarios y el derecho internacional, el acceso a la atención médica en contextos de conflicto bélico, sigue siendo un desafío, debido a que, los actores bélicos no respetan los diferentes acuerdos internacionales. Esto nos muestra la necesidad que hay de reforzar la protección al personal

médico, a las instituciones sanitarias y por supuesto a quienes necesiten una atención médica que en tiempos de conflicto bélico más que una connotación de dignidad la tiene de urgencia. **II.**

Situación actual

Actualmente, el acceso a la atención médica en zonas de conflicto se ha convertido en una crisis global. En países como Siria, Yemen, Afganistán y Palestina, los sistemas de salud se han visto gravemente afectados por los enfrentamientos, teniendo como resultado a millones de personas sin acceso a servicios médicos vitales.

Un notable ejemplo actual es el de Etiopía, un conflicto iniciado en noviembre del 2020, que ha interrumpido la prestación de servicios de salud y el abastecimiento de fármacos y suministros médicos. Nicolas von Arx, jefe de la delegación del CICR en Etiopía, refiere que: *“Estamos en contacto regular con los involucrados en los combates para recordarles la importancia de respetar el Derecho Internacional Humanitario (DIH) y la necesidad de garantizar que se brinde asistencia médica sin obstáculos a quienes la necesitan.”* (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2024). La situación es notoriamente difícil y preocupante, la interrupción del sistema de derivación impide que la población acceda a los servicios hospitalarios cuando necesite atención médica. 1.380 niños fueron internados por malnutrición en tan solo el primer trimestre del 2024, según las Naciones Unidas, hay más de 600.000 víctimas mortales y la Organización Internacional de Migración (OIM), refiere que, más de 3.000.000 de personas están desplazadas en Etiopía.

Otro ejemplo es la crisis en Gaza, recientemente, en mayo del presente año, la OMS advirtió que el sistema sanitario estaba al borde del colapso debido a las hostilidades en Gaza. Instituciones sanitarias como el Hospital Europeo de Gaza, Hospital de Indonesia, entre otros, se

vieron forzados a suspender sus servicios, esto por su proximidad a zonas hostiles o de evacuación. Tan solo 19 de los 36 hospitales de la Franja de Gaza siguen operando, no obstante, estos hospitales enfrentan falta de personal, escasez de suministros, inseguridad constante e incremento repentino de víctimas, todo lo anterior, mientras el personal trabaja en circunstancias precarias. De esas 19 instituciones, solo 12 ofrecen diversos servicios de salud, mientras que los demás solo pueden ofrecer atención médica de urgencia, ya que, al menos, el 94% de los hospitales en la Franja de Gaza están destruidos o con daños notables. En estos momentos, tan solo hay 200 camas disponibles para una población de 2.000.000 de personas, una cantidad sumamente insuficiente para saciar las necesidades actuales.

La situación actual refleja la urgencia de hallar soluciones rápidas y sostenibles para garantizar la atención médica, incluso, en tiempos de crisis. A pesar de la intervención de organismos humanitarios, el acceso a la salud sigue siendo limitado por la violencia, los obstáculos logísticos y las restricciones políticas.

III. Puntos clave del debate

El debate sobre el acceso a la atención médica en zonas de conflicto armado y crisis humanitarias abarca una serie de cuestiones políticas, logísticas y éticas. Los delegados deberán abordar temas como:

- La protección del personal médico.
- La creciente politización de la ayuda humanitaria.
- Las barreras logísticas que impiden el acceso a zonas de difícil alcance. El objetivo es analizar cómo la comunidad internacional puede proteger la infraestructura sanitaria, garantizar el suministro médico y plantear soluciones realistas que hagan respetar el derecho a la salud en

tiempos de conflicto bélico. En este marco, se vuelve de suma importancia: • La cooperación multilateral.

- Asegurar mecanismos de justicia ante las violaciones al DIH.
- Promover ideas que prioricen la dignidad y por supuesto la vida humana, por encima de intereses políticos.

Estos puntos clave son solo algunas de las cuestiones urgentes que deben resolverse para garantizar que las personas afectadas por los conflictos tengan acceso a la atención médica. Es esencial que la comunidad internacional trabaje de la mano y de manera unificada para que se puedan encontrar soluciones viables y sostenibles para dichas problemáticas. **IV.**

Partes/organismos involucrados

El derecho a la atención médica en zonas de conflicto armado debe estar garantizado en primera instancia por los Estados directamente involucrados en los conflictos y de las delegaciones que conforman la comunidad internacional y apoyada por organizaciones internacionales como la OMS, el CICR o Médicos Sin Fronteras. Pese a que las situaciones que enfrentan Siria, Sudán, Yemen y Afganistán son disímiles, las consecuencias de los conflictos bélicos que enfrentan afectan de igual forma su infraestructura hospitalaria, generando destrucción en la misma y afectando el suministro de insumos médicos básicos. En Ucrania y Palestina, el conflicto ha generado desplazamientos masivos y ataques a instalaciones sanitarias, lo cual afecta la debida atención a la población civil. Países como Israel, Irán y Rusia son actores fundamentales en los conflictos del Medio Oriente, el primero como actor directo del conflicto de Gaza, el segundo al apoyar a Hamas y el tercero de ellos al tener alianzas importantes con Irán, lo que les impone la obligación de garantizar y respetar el Derecho

Internacional Humanitario.

De otra parte, las delegaciones europeas y americanas (Estados Unidos, Reino Unido, Francia, Alemania, España, Italia, Canadá, Brasil, entre otros), desempeñan un rol fundamental, pues brindan ayuda humanitaria, financian operaciones médicas y ejercen presión diplomática con la finalidad de permitir el acceso seguro al personal sanitario a los sitios en conflicto.

Históricamente, Suiza y Noruega se han destacado por su papel de mediadores y apoyo logístico a organizaciones humanitarias como la Cruz Roja Internacional y Médicos Sin Fronteras. En conclusión, la responsabilidad de estas delegaciones no solo involucra el apoyo económico, sino velar porque la asistencia médica llegue de manera efectiva a las poblaciones más vulnerables en contexto de los conflictos bélicos.

Como se dijo anteriormente, la atención médica no solo involucra a los gobiernos, pero esto no quita que sean de suma importancia. Un gran ejemplo es el gobierno de Ucrania, este actuó con rapidez para lograr mantener los servicios de salud, en especial la atención primaria. Desde el 2010, Ucrania había comenzado a lograr avances impresionantes en su sistema de salud, lo que les permitió tener una buena recepción ante el COVID-19. Teniendo como resultado una buena

atención médica incluso en el conflicto bélico, manteniendo los servicios de salud esencial, atendiendo nuevas necesidades, innovando en la medida de lo posible, adaptándose a las circunstancias y atendiendo las nuevas necesidades.

Es crucial que todos estos actores, organizaciones y gobiernos trabajen, en conjunto, las barreras logísticas, de seguridad y políticas que impiden la ayuda médica en zonas de conflicto. La cooperación y la coordinación internacional son cruciales para garantizar que la atención médica llegue a quien la necesite.

V. Preguntas guía

- ¿Qué mecanismos de protección se pueden implementar para salvaguardar al personal médico y a las instalaciones de salud en zonas de conflicto?
- ¿Qué medidas podrían implementar los gobiernos para garantizar que la ayuda humanitaria no sea bloqueada o interferida por actores armados?
- ¿Cómo pueden las organizaciones internacionales garantizar que la atención médica llegue a quienes más lo necesiten, sin verse afectada por los intereses políticos o militares?
- ¿Cuáles son los desafíos que enfrentan los países en desarrollo o economías débiles en términos de acceso a atención médica en situaciones de conflicto?
- ¿Cómo se pueden superar las barreras de logística para mejorar la entrega de fármacos e implementos médicos?
- ¿Cómo se ha involucrado su delegación en las diferentes medidas que se han tomado para mitigar la problemática?
- ¿Qué leyes tiene su delegación para la protección de la salud?

Tema 2: *Financiamiento y calidad de la salud pública*

I. Contexto histórico

La salud pública surge de la necesidad de mejorar y proteger la vitalidad poblacional mediante acciones colectivas y preventivas de infecciones masivas. La primera aparición significativa de un hospital general, surge en el año 805 después de Cristo, fundado en Bagdad por Harun Al-Rashid. El hospital ofrecía atención médica integral, servía como centro de enseñanza para futuros médicos y como centro de investigación médica, además de ser un hogar para convalecientes y un centro de retiro para ancianos. Este avance dio lugar a la comprensión

de la celeridad que cargaba la salud.

El 2 de diciembre en 1902, se fundó la agencia de salud internacional más antigua del mundo, la Organización Panamericana de la Salud, con un propósito de proporcionar ayuda a eliminar los brotes de enfermedades que pudieran ocurrir en distintos países, así protegiendo la salud pública y por consiguiente, facilitar el comercio regionalmente en América. Su misión fue innovadora, brindó mayor cobertura y redujo la mortalidad infantil. Estos efectos dieron grandes resultados, según estadísticas de la OPS, la esperanza de vida ha visto un aumento de 35 años desde su fundación.

Con el paso del tiempo. El concepto de salud pública se ha reforzado y evolucionado, surgiendo así la OMS en 1948, marcando un inicio a la protección de la salud internacionalmente, se ha visto mediante su desarrollo, una importancia imprescindible, en la que hay un enfoque al auxilio de comunidades en condiciones deplorables.

II. Situación actual

La salud ha sido una necesidad con la que se ha procurado garantizar el bienestar de la persona. Se entiende por “Salud pública” un mecanismo para promover, proteger, mantener y garantizar el acceso a servicios médicos y una digna vitalidad colectiva. El responsable de una manutención efectiva y estimable para esta, es el gobierno de cada nación, estos tienen el deber de velar por un apto auxilio a cualquier dificultad presentada y la responsabilidad de proveer unas condiciones óptimas a instituciones de salud pública. No obstante, se ha evidenciado la falta de cumplimiento, transparencia y compromiso de parte de los gobiernos, los hospitales públicos presentan un estado crítico de saneamiento e higiene, mientras los fondos destinados para el sector sanitario son redirigidos por la deshonestidad política, miles de pacientes en busca ayuda sanitaria deben esperar horas para un diagnóstico, la atención carece de operatividad pronta, dejando a la suerte

situaciones de urgencia. Se acumulan las personas con enfermedades junto con la negligencia de los estados. Esta brecha tiene mayor distinción cuando se compara países de altos recursos con países de bajo poder monetario. Aunque la salud sea algo mundial, no todas las personas tienen acceso a ella. Se toma, por ejemplo, a Sudán del Sur, según palabras del blog Insider Monkey *“Sudán del Sur, en cuanto a pobreza extrema, y su sistema de salud es el peor del mundo.”* (Sana Ijas 31 de agosto 2023) No se encuentra nada favorable para el recibimiento de atenciones, en contraste de Corea del Sur, el cual según palabras de International Student Insurance, *“Las instalaciones médicas en Corea del Sur son, en general, de muy alta calidad. La mayoría de los profesionales médicos, en particular médicos y dentistas, han recibido formación de alta calidad.”* (International Student Insurance, 2025) Ambas afirmaciones son un total opuesto, el continente africano está en constantes crisis sanitarias con altas tasas de mortalidad materna e infantil, una gran carga de enfermedades infecciosas entre más problemas provocados por la falta de infraestructura y bajos recursos, mientras que en el continente asiático se goza de excepcionales, aunque no perfectas, centros de salud con el equipamiento adecuado y personal apto para manejar distintos tipos de urgencias según la necesidad. Muchas veces, el presupuesto y financiamiento deja vulnerables a comunidades rurales, quienes no poseen los recursos para proporcionar una estabilidad sanitaria, a diferencia de la urbanidad, cuyo acceso es significativamente superior en cuestión de rango

La característica que define cuán útil es un sistema de salud, suele ser la capacidad monetaria del país, por eso, en América Latina se enfrentan dificultades que reflejan el déficit sanitario que contraponen las situaciones críticas basadas en estadísticas que dictan como casi la mitad de los jóvenes de esta zona y el Caribe viven en pobreza con una insuficiencia de recursos.

La desigualdad es algo que no debería ser percibido con la gravedad con la que lo es actualmente, y más la concentración de masas continentales. El gobierno asiste a los hospitales públicos, no obstante, las instituciones privadas adelantan la lista por una diferencia abismal, en cuestión de organización, financiamiento, estándares, recursos y atención, las instituciones de salud públicas no logran competir contra instituciones privadas, la culpa es atribuida al gobierno, sin embargo. No se llega a medios viables y sostenibles para las infracciones de estas entidades a los derechos básicos.

III. Puntos clave del debate

El debate girará en torno a puntos de gran escala a nivel de relevancia, se tratarán estos puntos para hacer un panorama de la situación actual y promover mecanismos que beneficien la productividad de la salud pública como medio sanitario eficiente.

- Cómo afecta el presupuesto monetario al rendimiento sanitario de un país, la relación guardada entre el número de habitantes de un país y la cantidad de camillas disponibles en hospitales de público general.
- La distribución de recursos e infraestructura, los delegados tendrán que evaluar la sostenibilidad de los sistemas sanitarios en su delegación, abarcaran el análisis de uso y gestión de los recursos, entrando en papel de defensor de los derechos humanos, y velar por una equidad dónde la salud no sea un lujo que solo personas adineradas puedan permitirse.
- Se busca que los delegados descubran métodos de ayuda y aborden. Problemáticas. Significativas para llegar a una solución realista.
- Administración de recursos y programas que promuevan el adecuado. Funcionamiento de

instituciones sanitarias públicas.

- Buscar la cooperación internacional para registrar un avance en las condiciones.
- Priorizar cantidad y calidad de recursos.
- Donantes vs. Receptores.

IV. Partes/organismos involucrados

Los actores son aquellos que han intervenido positiva o negativamente en la situación, se han involucrado en cuanto a la toma de acciones y perspectiva de índices. Abordar el tema desde las acciones es la mejor alternativa para fomentar un sistema sanitario donde la experiencia sea la ideal, siempre y cuando éstas sean sostenibles y quien realice estos procedimientos sea una institución comprometida a dar mejora. Como ejemplo, se toma a Estados Unidos, el cual tiene un sistema de salud contemplado como uno de los mejores a nivel mundial, sin embargo, también uno de los más caros debido a la falta de un sistema de seguro médico universal, lo que aumenta la dificultad de acceso monetario de sus ciudadanos. A su vez, países altamente desarrollados, tales como Japón, Alemania, Francia y Reino Unido, adjuntan seguros distintos entre sí, en Japón, la cobertura tiene un modelo universal basado en subsidios obligatorios, esto impulsa a la equidad. Se encuentran casos como Alemania, Francia y Reino Unido, cuyos servicios de salud a cargo del estado varían según su método de administración, aunque son semejantes en estadísticas de cobertura, contando con un aproximado de alrededor de 75% de su población. El Reino Unido, en particular, ofrece un servicio sanitario de salud gratuito, ya que es compensado con los impuestos del país. Los mencionados anteriormente, son actores que han fortalecido la salud pública junto a Cuba, quien ofrece un sistema de salud público totalmente sin prestar un costo a pesar de los bajos recursos.

Se tiene en cuenta a su vez aquellos que, en lugar de tener un desarrollo óptimo y ser ejemplares a la hora de un funcionamiento estable en sistemas sanitarios, a países dónde no se encuentra transparencia de fondos que sufren de una perversión de su lugar destinado. Esto se ve reflejado en la estimación de financiamientos a comparación de lo que realmente se invierte y protege. Uno de los mayores desafíos a su vez para la salud pública es la brecha entre el sector privado y zonas rurales y urbanas, donde se puede abreviar a la gran desigualdad que acecha a países poco desarrollados alrededor del mundo, tales como la República Democrática del Congo (RDC) *“Actualmente, al ser tan restringido el acceso a la asistencia de salud y a los medicamentos, los riesgos de que una persona que vive en Kivu Norte o Kivu Sur fallezca a causa de una herida por arma o de una simple diarrea son más altos que nunca”* (2025, CICR), afirma François Moreillon, jefe de la delegación del CICR en RDC, esto lleva a alarmas preocupantes sobre las disputas de grupos armados en la zona y la falta de consolidación en infraestructura y personal de salud capacitado, la tasa de esperanza de vida de la RDC es de 62.2 años, próximos a este número, están los países Afganistán, Sudán y Yemen, con 66, 66.3 y 69.3 años de vida respectivamente.

Las entidades de salud pública cumplen un rol fundamental en cuanto se trata de mejorar la salud pública y brindar una calidad adecuada, ya que, en teoría, instituciones tales como la Cruz Roja Internacional (CRI) y Médicos Sin Fronteras (MSF) cumplen con un apoyo para la salud pública. Al tratarse de emergencias tales como epidemias, han sido pioneras en asistencia médica, y coordinan apoyos internacionales.

V. Preguntas guía

- ¿Qué mecanismos tiene su delegación para promover y/o proteger la salud pública?

- ¿Existen políticas nacionales que regulen los precios de servicios médicos y medicamentos en su delegación?
- ¿Qué tan alta es la brecha de desigualdad entre los sectores públicos y privados en el sistema de salud?
- ¿Cuánta prioridad se le da a subsidios de atención y servicio médicos? • ¿Cómo se podría fortalecer el acceso a la salud con condiciones aptas en zonas rurales? • ¿La comunidad pública de su delegación está satisfecha con los servicios brindados? • ¿Qué medidas ha tomado la comunidad internacional para mitigar esta problemática?

• **Bibliografía**

Organización Mundial de la Salud (2025) *Después de tres años de guerra, persisten las necesidades humanitarias en Ucrania*. <https://news.un.org/es/story/2025/02/1536691>

Organización Panamericana de la Salud (2024) *La Misión Médica salva vidas*.

<https://www.paho.org/es/historias/mision-medica-salva-vidas>

Swissinfo (2024) *ONU: El Derecho Internacional prohíbe atacar los hospitales 'bajo sospecha' de uso militar*.

<https://www.swissinfo.ch/spa/onu-el-derecho-internacional-proh%C3%ADbe-atacar-los-hospitales-bajo-sospecha-de-uso-militar/48940160>

EBSCO (2023) *Geneva Conventions establish norms of conduct in war*.

https://www-ebSCO-com.translate.goog/research-starters/history/geneva-conventions-establish-norms-conduct-war?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=rq&_x_tr_hist=true

Doctors Without Borders (2024) *Delivering care in a conflict zone.*

https://www-doctorswithoutborders-org.translate.goog/what-we-do/focus/care-in-conflict-zones?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc

International Committee of the Red Cross (2025) *Ethiopia: Thousands of people unable to access healthcare services after upsurge in violence.*

https://www-icrc-org.translate.goog/en/document/ethiopia-thousands-people-unable-access-healthcare-services-after-upsurge-violence?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=es&_x_tr_hl=es&_x_tr_pto=tc

International Organization for Migration (2024) *Over 3 million displaced in Ethiopia, more than half due to conflict.*

<https://www.iom.int/news/over-3-million-displaced-ethiopia-more-half-due-conflict-new-iom-report>

World Health Organization (2025) *Health System at breaking point as hostilities further intensify in Gaza, WHO warns.*

<https://www.who.int/news/item/22-05-2025-health-system-at-breaking-point-as-hostilities-further-intensify--who-warns>

Banco Mundial (2023) *Fortaleciendo la atención de la salud de Ucrania en medio de la guerra.*

<https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2023/10/30/strengthening-ukraine-healthcare-in-the-midst-of-war>

Organización Panamericana de la Salud (2021) *Preguntas más frecuentes.*

<https://www.paho.org/es/quienes-somos/preguntas-mas-frecuentes>.

Pan American Health Organization (2024) *History of the Pan American Health Organization (PAHO).* Available at:

<https://www.paho.org/en/who-we-are/history-pan-american-health-organization-paho>.

Euroinnova International Online Education (2024) *¿Cómo ha sido la evolución de la salud?*.

<https://www.euroinnova.com/medicina/articulos/evolucion-de-la-salud-publica#como-es-la-historia-de-la-salud-publica>.

Editorial La República (2023) *Peores y mejores sistemas de salud en el mundo por número de camas y hospitales*.

<https://www.larepublica.co/globoeconomia/peores-y-mejores-sistemas-de-salud-en-el-mundo-por-numero-de-camas-y-hospitales-3548740>.

World Health Organization (2024) *Health Topics (south sudan)*.

<https://www.afro.who.int/countries/south-sudan/topic/health-topics-south-sudan#:~:text=Sud%C3%A1n%20del%20Sur%20tiene%20la,una%20duraci%C3%B3n%20de%20cinco%20a%C3%B1os>.

Red Mundial de Medicina y Salud (2025) *Los 10 países con el mejor sistema de Salud en el mundo*. <https://e-medic.org/los-10-paises-con-el-mejor-sistema-de-salud-en-el-mundo/>.

The Commonwealth Fund (2020) *Japan, international health care system profiles*.

<https://www.commonwealthfund.org/international-health-policy-center/countries/japan>

.