



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

**SERIE** | LA SALUD PÚBLICA EN LOS CONFLICTOS  
BÉLICOS.  
Volumen II

# Impacto de los conflictos armados en la prevención y atención a personas con enfermedades crónicas. La muerte silenciosa

Monografía SESPAS 2024



## **Autores**

Valle Coronado Vázquez.

Vocal de Relaciones Institucionales de SESPAS.

Isabel Portillo.

Secretaria de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Epidemiología (SEE)

## **Revisión**

Jose María Ordoñez Iriarte

Eduardo Satué de Velasco

Mayo 2024

Citar como: *Coronado\_Vázquez V, Portillo I. Impacto de los conflictos armados en la prevención y atención a personas con enfermedades crónicas. La muerte silenciosa. Serie. La Salud Pública en los conflictos bélicos. Vol II. SESPAS; 2024.*

ISBN de la Obra completa: 978-84-09-56933-5

ISBN Volumen II: 978-84-09-61518-6

Zaragoza, 2024

Maquetación: Gambón, S. A.



# Índice

<b>01.</b>	Introducción .....	05
<b>02.</b>	Puntos claves en los conflictos armados.....	06
<b>2.1.</b>	Destrucción de infraestructuras y servicios.....	06
<b>2.2.</b>	Desplazamiento de la población.....	06
<b>2.3.</b>	Bloqueo en el acceso a los servicios de salud .....	08
<b>2.4.</b>	Condiciones de vida .....	09
<b>2.5.</b>	Financiación.....	09
<b>2.6.</b>	Prevención .....	10
<b>2.7.</b>	La falta de recursos humanos .....	10
<b>2.8.</b>	Dificultades de registro y vigilancia de la salud pública.....	11

<b>03.</b>	Las consecuencias sobre las personas con enfermedades crónicas .....	12
<b>3.1.</b>	Las muertes prematuras .....	15
<b>3.2.</b>	Las muertes silenciosas.....	16
<b>3.3.</b>	La necesidad de ayuda humanitaria.....	16
<b>3.4.</b>	Problemas éticos derivados de la distribución de recursos escasos .....	17
<b>04.</b>	Comentarios finales.....	18
<b>05.</b>	Referencias .....	20
<b>06.</b>	Otros documentos consultados .....	24





SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

# 01. Introducción

Los conflictos armados tienen un impacto reconocido en las enfermedades transmisibles, además del causado por las lesiones y muertes debidas a las armas. La destrucción de infraestructuras y el acceso a los servicios básicos como el agua potable, el saneamiento, la electricidad y la atención sanitaria urgente han sido ampliamente documentados. Sin embargo, en comparación, se encuentran pocas publicaciones sobre su impacto en las enfermedades crónicas como el cáncer, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares, la enfermedad renal y la salud mental, entre otras.

La prevalencia de las enfermedades crónicas es alta en las zonas de conflicto. Por ejemplo, en el año 2018, antes de la pandemia y antes del conflicto iniciado en 2023, estos procesos representaron más de las dos terceras partes del total de defunciones en los territorios palestinos ocupados<sup>1</sup>.

En este documento nos centraremos en las enfermedades crónicas desatendidas en los conflictos armados y abordaremos aquellos puntos clave a tener en cuenta desde la salud pública.

En su conjunto las enfermedades crónicas pueden afectar hasta un 70% de la población a lo largo de la vida. En los conflictos armados (guerra, sublevación, ocupación, etc.), la prevención primaria y secundaria, el control de factores de riesgo, el acceso a las pruebas diagnósticas y los tratamientos quedan interrumpidos tanto en un primer momento como en el caso de que el conflicto se perpetúe, lo que tiene importantes consecuencias sobre las personas.

Señalaremos los principales factores y efectos que ocasionan un impacto negativo en las personas y las comunidades, teniendo en cuenta que las desigualdades sociales juegan un papel crucial afectando negativamente a la población con niveles socioeconómicos más bajos y mayor vulnerabilidad.

La mayoría de los estudios publicados se centran en enfermedades específicas y son fundamentalmente de tipo cualitativos, a través de entrevistas en profundidad a sanitarios y población afectada. Mulugeta Wodaje et al. muestran, en un estudio llevado a cabo en Etiopía en el 2022, las dificultades de acceso a la salud y la desesperanza de las personas afectadas por enfermedades crónicas en un contexto bélico, manifestando su falta de expectativa vital<sup>2</sup>.

## 02. Puntos clave en los conflictos armados

### 2.1. Destrucción de infraestructuras y servicios

En la Convención de la Haya de 1907, al igual que en la Convención de Ginebra y el Derecho Internacional Humanitario, se prohíben los ataques y bombardeos de hospitales y establecimientos dedicados a la asistencia sanitaria, así como del personal sanitario.

A pesar de ello, las infraestructuras sanitarias (centros de salud, dispensarios, hospitales y residencias) son habitualmente bombardeadas y destruidas.

Según datos del sistema de vigilancia de ataques a la salud de la OMS, solo en el año 2023 se produjeron en Ucrania 288 ataques que impactaron en 263 instalaciones, 51 sobre suministros, 37 en el transporte sanitario y 30 sobre profesionales. En los territorios palestinos ocupados, durante el mismo periodo, hubo 820 ataques afectando a 349 infraestructuras, 402 medios de transporte sanitario y 685 profesionales<sup>3</sup>.

Las consecuencias de ello son las limitaciones en el cuidado y el seguimiento de las personas con enfermedades crónicas que, precisan de una atención prioritaria. Los diagnósticos y tratamientos quedan interrumpidos, lo que en el caso de enfermedades como el cáncer, la insuficiencia renal o los accidentes vasculares tienen como consecuencia el aumento de las muertes prematuras.

Los países y las regiones quedan devastadas y empobrecidas tras el conflicto. La reconstrucción normalmente va a priorizar los servicios básicos, quedando las enfermedades crónicas relegadas por falta de financiación.

### 2.2. Desplazamientos de la población

Según el informe de ACNUR, a finales del año 2022 había en el mundo 108,4 millones de desplazados, entre internos e internacionales. Más de la mitad de los

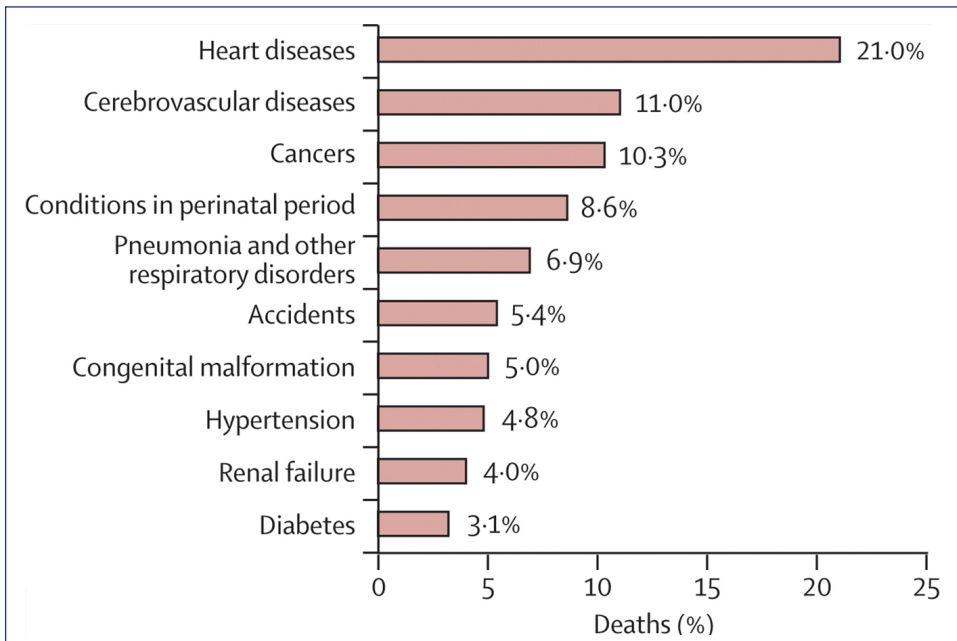


35 millones de refugiados internacionales procedían de tres países con guerras de larga duración: Siria, Ucrania y Afganistán. No podemos olvidar los civiles, niños, mujeres y ancianos, que son secuestrados con fines bélicos y cuyo número no podemos cuantificar.

La alta prevalencia de las enfermedades crónicas en la población desplazada supone un reto en términos de provisión de servicios sanitarios, tanto de atención primaria como especializada, así como en la continuidad de la atención y en el acceso y coste de los medicamentos.

Según la encuesta de salud de 2006, el 10% de las personas que vivían en el territorio palestino ocupado y dos tercios de los mayores de 60 años padecían al menos una enfermedad crónica<sup>4</sup>. Las enfermedades cardiovasculares fueron la causa de muerte en el 21% de los casos, y en el 11% las cerebrovasculares. El cáncer supuso el 10,3% de las muertes, siendo el cáncer de pulmón el más frecuente entre los hombres palestinos y el de mama entre las mujeres.

**Causes of death in the Occupied Palestinian Territory in 2005**



Fuente: Palestinian Central Bureau of Statistics Palestinian family health survey, 2006: final report.



En el estudio de Doocy et al.<sup>5</sup> sobre la población desplazada de Siria a Jordania durante la guerra, el 50% de las 1.550 personas entrevistadas tenían enfermedades crónicas, con una prevalencia alta de hipertensión, diabetes, artritis o problemas respiratorios, entre otros. Así mismo, se observaron bajas tasas de acceso a los cuidados, más frecuentes en aquellas personas con menos nivel educativo y con variabilidad según las zonas a las que habían sido desplazadas.

En el caso de la atención al cáncer, El Sahir NS et al.<sup>6</sup> describen la situación tanto de personas refugiadas como desplazadas por las guerras en Oriente Medio, donde el acceso a los tratamientos y medicamentos se redujo drásticamente y de forma desigual.

La guerra de Siria ha provocado 12 millones de desplazados dentro y fuera del país. El déficit de instalaciones y personal sanitario ha sido relevante. Las personas con cáncer no pueden recibir tratamiento adecuado, ni dentro ni fuera de Siria. Solo el 46% de ellos completaron el tratamiento con radioterapia y el 55% con quimioterapia<sup>7</sup>.

Especial atención requieren las personas con enfermedad mental que se ven inmersos en los conflictos armados o que son desplazados por los mismos. Estas personas sufren además traumas psicológicos derivados de la violencia que se genera en estas situaciones. En un estudio realizado en residentes del campo de refugiados de Nakivale, en el suroeste de Uganda, se describe una alta prevalencia de trastornos psiquiátricos. El 73% de las personas sufrían ansiedad generalizada, el 67% trastorno de estrés postraumático y el 58% un trastorno depresivo mayor. Estas enfermedades aparecen asociadas a las necesidades percibidas tales como los problemas por el cuidado de los miembros de la familia, la falta de atención médica, el lugar donde vivir y los escasos recursos económicos<sup>8</sup>.

## 2.3. Bloqueo en el acceso a servicios de salud

Las fuerzas armadas que controlan el conflicto mantienen tanto un bloqueo a la circulación de personas como al acceso de ayuda humanitaria y servicios de salud.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) reporta de forma periódica todas las dificultades que Israel, como fuerza ocupante, pone a la población palestina,





**SESPAS**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

impidiendo tanto la instalación y el funcionamiento de pruebas diagnósticas y de tratamiento (radiología, oncología) como la energía necesaria. Hay que señalar que esta situación, más severa actualmente, ha sido una constante en la historia de este conflicto. En su informe de enero de 2024, la OMS señalaba que un 36% de los hospitales estaban funcionando parcialmente y solo permanecían en activo el 17% de los centros de atención primaria. En los 342 ataques sobre objetivos sanitarios murieron 627 personas, arrestaron a 61 profesionales, y 95 centros sanitarios y 86 ambulancias fueron afectadas<sup>9</sup>.

Por otra parte, los continuos chequeos y la burocracia repercuten negativamente en la salud de las personas con más necesidades de atención y control<sup>10</sup>.

Desde el 7 de Octubre de 2023, los informes diarios insisten en que la situación se está agravando y, aunque es difícil determinar las muertes prematuras por las enfermedades crónicas no atendidas, se estima que su número se incrementa día a día.

## **2.4. Condiciones de vida**

Durante los conflictos, las condiciones de vida se ven seriamente afectadas por la falta de acceso al agua, electricidad, vivienda, nutrientes, higiene, etc. Estas circunstancias, si bien ocasionan problemas agudos graves tales como infecciones, malnutrición o exposición a temperaturas extremas, también tienen efectos devastadores a corto y medio plazo en las personas afectadas por enfermedades crónicas como la diabetes, los problemas respiratorios, el cáncer o los trastornos metabólicos y vasculares, que verán reducida su calidad de vida, produciéndose el agravamiento de sus enfermedades y aumentando la probabilidad de muerte. La OMS alerta de esta situación en su web sobre la actual crisis de Gaza<sup>11</sup>.

## **2.5. Financiación**

Los conflictos armados perturban la actividad económica de los países desde distintos aspectos como la caída del empleo y las inversiones, así como la reducción en los niveles de salud y la escolarización. Sus efectos se prolongan más allá del tiempo de guerra y se extienden a otros países<sup>12</sup>.



**SESPAS**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Durante estos, los recursos financieros se destinan a la producción, compra de equipos y armamento, lo que menoscaba de forma significativa la inversión en salud pública y en la vigilancia y control de las enfermedades crónicas, que quedan en un segundo plano dado que las lesiones, traumatismos y efectos inmediatos de las agresiones se tornan prioritarios.

## 2.6. Prevención

Los programas de prevención primaria y secundaria quedan interrumpidos ante la dificultad para su organización, la falta de recursos y el empleo de estos en otras prioridades más inmediatas. Por ejemplo, en 2019, en la Palestina ocupada el único programa nacional de detección del cáncer que estaba en activo era el del cáncer de mama<sup>13</sup>.

En el caso de los territorios palestinos ocupados, varias organizaciones no gubernamentales han utilizado enfoques comunitarios para la prevención de las enfermedades crónicas, como el Centro de Enfermedades Crónicas de la Sociedad Palestina de Ayuda Médica en Ramallah. De acuerdo con las sociedades internacionales de profesionales, se han desarrollado directrices, aunque estas por sí solas son insuficientes para mejorar la prevención y el tratamiento de personas con estas enfermedades<sup>13</sup>.

## 2.7. La falta de recursos humanos

Los recursos humanos, tanto sanitarios como sociales, son reclutados voluntariamente o no para participar en el conflicto o en las zonas calientes donde la atención inmediata se torna prioritaria. Esto da lugar a carencias y dificultades para la atención y el tratamiento de otras enfermedades.

Durante los conflictos se ponen en marcha, fundamentalmente a través de Organizaciones No Gubernamentales (ONGs), las ayudas de emergencia para atender a las personas tanto en los lugares donde se están desarrollando los combates como en los asentamientos donde se encuentra desplazada la población. Sin embargo, también estos recursos son limitados, con dificultades de acceso a las personas para ofrecerles la ayuda que necesitan. A esto se suma que las infraestructuras y el personal de apoyo son objetivos de los grupos armados<sup>3,14</sup>.

## **2.8. Dificultades de registro y vigilancia de la salud pública**

Los sistemas de información, ya de por sí difíciles de mantener en todos los países y regiones, se ven seriamente afectados, por lo que las consecuencias del conflicto a nivel de salud de la población, comorbilidades y muertes pueden quedar enmascaradas por las grandes cifras de pérdidas humanas directas e indirectas a corto plazo (bombardeos, lesiones graves, epidemias e infecciones, entre otras). De hecho, esto hace que sea difícil encontrar estudios de incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas con datos objetivos sobre el impacto que genera el conflicto.



## 03. Las consecuencias sobre las personas con enfermedades crónicas

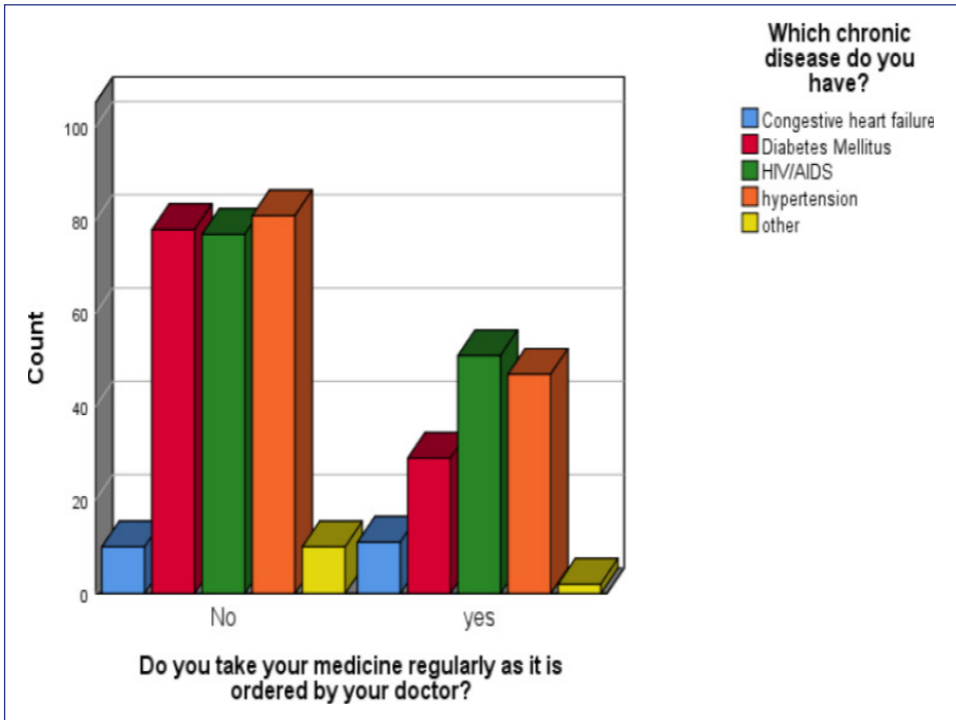
Los daños en las instalaciones y los ataques a los profesionales sanitarios debilitan los servicios de salud dando lugar al cese de los tratamientos, lo que produce mayor mortalidad, morbilidad, discapacidad e impacto psicológico.

Hay poca información sobre los tratamientos y cuidados de las enfermedades crónicas en las guerras, y las evidencias de lo publicado son limitadas por la baja calidad de los trabajos<sup>15</sup>.

En un estudio realizado durante el conflicto de Yemen se concluye que la prevalencia de abandono del tratamiento para la diabetes mellitus fue del 8,4%<sup>16</sup>.

También se dispone de algunos datos sobre la interrupción de las terapias en cuatro enfermedades crónicas (VIH/SIDA, hipertensión, diabetes e insuficiencia cardíaca) a consecuencia del conflicto desatado a partir del año 2020 en Etiopía<sup>17</sup>. Según estos, el 64,6% de las personas habían dejado los tratamientos, en el 19,7% de los casos se trataba de los fármacos para la diabetes y en el 19,4% para el VIH/SIDA. Entre las principales causas de esta situación se ha apuntado al acceso deficiente a los servicios sanitarios, el déficit de medicamentos, la falta de transporte y las dificultades para el seguimiento de los pacientes. El 42,9% tuvieron complicaciones derivadas del mal control de las enfermedades, como los accidentes cerebrovasculares, las hipoglucemias e infecciones.

**Prevalence of treatment discontinuation among patients with chronic diseases in hospitals of the North Wollo and Wagemra area (Ethiopia)**



Fuente: Mesfin B et al. 2022.

Jawad M et al.<sup>15</sup> llevaron a cabo una revisión sistemática en la que se incluyeron 65 estudios de 23 conflictos armados, señalando que la incidencia y prevalencia de hipertensión arterial y enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y endocrinas aumentaron tras los mismos, así como la mortalidad derivada de ellas.

En la revisión sistemática de Ngaruiya C.<sup>18</sup> sobre las enfermedades no transmisibles en situaciones de desastres se hace referencia, entre otros desastres humanitarios, a los conflictos armados y a los refugiados, aportando datos sobre el cáncer, las enfermedades respiratorias crónicas y las cardiovasculares.

En cuanto al cáncer, se ha encontrado una alta prevalencia de factores de riesgo modificables en las poblaciones afectadas por los conflictos. Así, se describe

una asociación entre la presencia del cáncer de cuello uterino invasivo en mujeres vietnamitas con la participación de sus maridos en el servicio militar durante la guerra. Una mujer de Vietnam del Norte cuyo marido hubiera estado en la guerra tenía un aumento del 290% en el riesgo de este tipo de cáncer<sup>19</sup>. También se detectó una mayor prevalencia de este tipo de tumores en mujeres croatas en el periodo de postguerra<sup>20</sup>. En estos casos sería relevante poner en marcha campañas de vacunación frente al virus del papiloma humano en mujeres de regiones con conflictos armados.

Durante la guerra en Croacia se produjo un aumento de la tasa de incidencia de tumores del sistema nervioso central, sobre todo los metastásicos<sup>21</sup>. Los tumores asociados al tabaco también presentaron una mayor incidencia. En un estudio donde se revisaron 4.388 nuevos casos de cáncer en el Líbano posterior a la guerra civil, los tumores malignos que se describen con mayor frecuencia fueron el cáncer próstata (14,2%), el de vejiga (18,5%) y pulmón (14,1%)<sup>22</sup>, estos dos últimos claramente relacionados con el consumo de tabaco.

Sobre las enfermedades respiratorias crónicas, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica fue un hallazgo común desde el año 1994 al 1998 en las personas expuestas a armas químicas en Irán. Las víctimas de guerra química, 25 años después de la exposición al gas mostaza, tienen en el 100% de los casos más síntomas respiratorios y de más gravedad, con un deterioro en la función pulmonar<sup>23</sup>.

En los niños palestinos del campo de refugiados de Ramala observados durante el año 2000, el riesgo de padecer asma estaba incrementado. La prevalencia de síntomas respiratorios a los 12 meses aumentó desde un 7,2% en los niños que residían en las ciudades a un 12,6% para los vivían en los campos de refugiados, y el asma diagnosticada por un médico fue casi el doble en estos últimos que en otros lugares (15,6% vs 7,35)<sup>24</sup>.

Tras la invasión iraquí de Kuwait hubo un aumento de la incidencia de asma relacionada con el trauma causado por la guerra.

Por otro lado, se ha encontrado una asociación entre el estatus de refugiado y la enfermedad cardiovascular, de forma que ser refugiado es un factor de riesgo para la aparición de esta<sup>25</sup>. En los palestinos refugiados en Cisjordania y la Franja de Gaza se ha descrito un mayor riesgo de estas enfermedades y de diabetes, y en los que viven en Jordania, un aumento de la prevalencia de com-

plicaciones de la diabetes. En refugiados iraquíes en Jordania se describió durante 2010 un 22% de personas con hipertensión arterial y un 11% de diabetes mellitus. La enfermedad cerebrovascular era el proceso que más visitas médicas precisó<sup>26</sup>.

En refugiados sirios mayores de 60 años que residen en el Líbano la carga de enfermedades crónicas y discapacidad es elevada, destacando la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cardíacas<sup>27</sup>.

Shaijila Shan et al.<sup>28</sup> llevan a cabo una revisión sistemática sobre las intervenciones en las enfermedades crónicas en madres y niños de países con bajo nivel socioeconómico, centrándose fundamentalmente en refugiados (80%), y siendo más frecuentes en enfermedades cardiovasculares, diabetes y cáncer. Los autores señalan la necesidad de tener en cuenta el futuro riesgo intergeneracional de desarrollar enfermedades no transmisibles, el acceso limitado a las intervenciones, el impacto en la salud y los costes que ocasionan.

### **3.1. Muertes prematuras**

La falta de vigilancia, control, atención y seguimiento de personas con enfermedades no transmisibles impactan en un aumento de muertes prematuras evitables por la detección de casos en estadio avanzado, con peores pronósticos que cuando no hay conflicto.

Este exceso de mortalidad, al contrario que en las fases más intensas del conflicto, se va a registrar a medio plazo debido a las características propias de estas enfermedades. Sin embargo, hay que tener en cuenta que, por ejemplo, una persona con diabetes o insuficiencia renal puede fallecer en poco tiempo si no tiene acceso a insulina o diálisis; y una con hipertensión puede sufrir un accidente cerebrovascular o cardiovascular.

Los diagnósticos y tratamientos del cáncer se interrumpen, empeorando el pronóstico en la mayoría de los casos. En Palestina los servicios de radioterapia están muy limitados, solo se dispone de tres aceleradores lineales en Jerusalén Este para dar servicio a todas las necesidades de las personas con procesos oncológicos, y no hay servicios de cirugía oncológica estructurados<sup>14</sup>.

## 3.2. Las muertes silenciosas

Las personas con enfermedades crónicas, normalmente adultos y ancianos, son más vulnerables a los conflictos ya que cualquier alteración de las enumeradas va a repercutir de forma más severa en su enfermedad.

Las desigualdades sociales juegan un papel crucial porque las condiciones de vida, los desplazamientos, la escasez de recursos y de acceso a los servicios de salud van a ser más dificultosos. El coste de los medicamentos se incrementa en los conflictos y el mercado negro es una constante, lo que hace muy difícil la supervivencia de las personas y las comunidades menos favorecidas.

Cruz Roja Internacional puso de manifiesto esta circunstancia en 2018, proponiendo intervenciones que visualizaran esta situación que afecta a millones de personas durante los conflictos armados. Peter Maurer, presidente del Comité Internacional de la Cruz Roja afirma que las enfermedades no transmisibles son un “asesino silencioso” ya que todas las personas que las padecen necesitan un acceso a infraestructuras y medicinas para su tratamiento. “Si tu observas Yemen, Siria, Irak y otros más, miles de personas tienen su vida en riesgo por sus enfermedades si no reciben medicamentos esenciales, como insulina para tratar su diabetes”<sup>29</sup>.

## 3.3. La necesidad de ayuda humanitaria

Tanto las organizaciones internacionales (ONU, OMS, UNICEF) como las ONG juegan un papel fundamental en las primeras fases del conflicto. Si bien, cuando este se cronifica se hace imprescindible restaurar las estructuras y llevar a cabo intervenciones que palíen y mejoren la atención de las personas con enfermedades crónicas, teniendo en cuenta que la vulnerabilidad va a ser muy superior en las personas menos favorecidas y en las zonas más afectadas. Las personas refugiadas, tanto en los desplazamientos internos como en los externos, van a vivir en condiciones difíciles que se agravan si padecen estos procesos patológicos.



### **3.4. Problemas éticos derivados de la distribución de recursos escasos en los conflictos armados**

Tal como se ha venido señalando, varias son las situaciones acontecidas en los conflictos armados que ponen en riesgo la asistencia sanitaria, entre las que se encuentran la destrucción de los centros sanitarios o las dificultades de llegada de las personas enfermas y profesionales a estos, debiendo atravesar zonas de combate activas, tal como está ocurriendo en el conflicto Palestino-Israelí<sup>30</sup>.

La escasez de suministros sanitarios durante estos conflictos plantea cuestiones éticas relacionadas con una distribución justa de recursos escasos.

A pesar de que existe información sobre cómo distribuir recursos sanitarios a militares y combatientes<sup>31</sup>, no hay datos de cómo hacerlo a los civiles con enfermedades crónicas.

En el artículo de Evans NG<sup>32</sup> se esbozan varios criterios éticos que pueden servir a los médicos para seleccionar a las personas con enfermedad renal terminal que necesitan hemodiálisis durante los conflictos armados, en concreto hace referencia a la guerra de Siria. Se plantean aquí varios principios para asignar los equipos de hemodiálisis como son el mantenimiento de la salud del paciente (beneficencia), preservar la seguridad de las personas enfermas (no maleficencia) y racionar los recursos según prioridades (justicia).

Si bien, el uso de criterios de priorización que tienen en cuenta el pronóstico del paciente o la urgencia de la situación clínica en la que se encuentra son una opción válida, sería más discutible considerar la “utilidad social” como criterio. Según este último, a la hora de asignar unos recursos escasos hay que considerar la capacidad que tiene el paciente de contribuir a la atención de otros o a la prestación de servicios críticos durante el conflicto, produciéndose así una clara discriminación de los más vulnerables (niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, ancianos, etc.). Es por lo que se hace necesario definir un marco ético de justicia, donde la distribución de unos recursos sanitarios escasos se realice con equidad, también en los conflictos armados.

## 04. Comentarios finales

Con este documento hemos tratado de poner el foco en la situación de las personas con enfermedades crónicas en los conflictos armados, señalando que es necesario prestar una mayor atención a estos procesos porque han pasado a ocupar un espacio importante entre los problemas de salud, junto con las epidemias y la desnutrición<sup>33</sup>. Es un problema a gran escala dado que el impacto en la salud se cuenta por millones de personas.

Es conocido que las personas con enfermedades crónicas precisan de un seguimiento frecuente y una continuidad de los cuidados, la cual se ve mermada por la menor disponibilidad de servicios sanitarios y el bloqueo para acceder a ellos en las zonas de conflicto, lo que incide negativamente en su control, generando una mayor morbimortalidad.

Para dar la mayor cobertura sanitaria tanto a las personas que viven en los territorios donde se desarrolla el conflicto como a las poblaciones desplazadas dentro o fuera del país, se deben descentralizar los servicios de salud y potenciar los servicios comunitarios, que permiten un acceso más equitativo a unos recursos materiales y humanos escasos.

Se debería potenciar un sistema de salud integrado dirigido a la promoción, prevención y tratamiento eficaz de estas enfermedades. En este sentido, fortalecer la atención primaria es fundamental para el control de las enfermedades no transmisibles en las personas afectadas por las guerras o las desplazadas por estas.

Es prioritario abordar la prevención primaria de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer en esta población. Desde la salud pública se debe poner el foco en las campañas de vacunación, para reducir la incidencia de tumores como el cáncer de cérvix, con un claro sesgo de género, y en los programas para el control del consumo de tabaco con el objetivo de disminuir las enfermedades respiratorias y el cáncer de pulmón o vejiga, entre otros, que presentan una elevada incidencia en las zonas con conflictos armados.

La investigación en la prevención y tratamiento de las enfermedades crónicas, tanto en las zonas de combate como entre las personas desplazadas por los



**SESPAS**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

conflictos, es clave dada la falta de datos disponibles en la actualidad sobre su prevalencia e incidencia, así como en la morbimortalidad que generan. Es un deber de justicia de los países implicados directa o indirectamente en ellos, porque las personas que mueren a consecuencia del mal control de sus enfermedades también son víctimas de la guerra, aunque no aparezcan en las estadísticas oficiales.





## 05. Referencias

1. Ministry of Health. Health Annual Report: Palestine 2018. Nablus;1919. Disponible en: [https://healthclusteropt.org/admin/file\\_manager/uploads/files/1/Health%20Annual%20Report%20Palestine%202018.pdf](https://healthclusteropt.org/admin/file_manager/uploads/files/1/Health%20Annual%20Report%20Palestine%202018.pdf)
2. Arage MW, Kumsa H, Asfaw MS, Kassaw AT, Dagnaw EM, Tunta A, et al. Exploring the health consequences of armed conflict: the perspective of Northeast Ethiopia, 2022: a qualitative study. BMC Public Health. 2023 Oct 24;23(1):2078.
3. World Health Organization [Sitio en internet]. Geneve. Actualizado 23 Marzo 2024; citado 23 Marzo 2024]. Surveillance system for attacks on health care (SSA). Disponible en: <https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx>
4. Palestinian Central Bureau of Statistics Palestinian family health survey, 2006: final report. Palestinian Central Bureau of Statistics, Ramallah 2007.
5. Doocy S, Delbiso TD, IOCC/GOPA Study Team, Guha-Sapir D. The humanitarian situation in syria: a snapshot in the third year of the crisis.PLoS Curr. 2015 Mar 3;7:ecurrents.dis.6b7587562e58cf965bf2d7be36f96de6.
6. El Saghir NS, Soto Pérez de Celis E, Fares JE, Sullivan R. Cancer Care for Refugees and Displaced Populations: Middle East Conflicts and Global Natural Disasters. Am Soc Clin Oncol Educ Book. 2018 May 23;38:433-440.
7. Sahloul E, Salem R, Alrez W, Alkarim T, Sukari A, Maziak W, Atassi MB. Cancer Care at Times of Crisis and War: The Syrian Example. J Glob Oncol. 2016 Aug 31;3(4):338-345.
8. Bapolisi AM, Song SJ, Kesande C, Rukundo GZ, Ashaba S. Post-traumatic stress disorder, psychiatric comorbidities and associated factors among refugees in Naki-vale camp in southwestern Uganda. BMC Psychiatry. 2020 Feb 7;20(1):53.
9. World Health Organization [Sitio en internet] Geneve: Eastern Mediterranean Region. Situation Reports, Issue 22 [actualizado 30 January 2024]. Disponible en: [https://www.emro.who.int/images/stories/Sitrep\\_-\\_issue\\_22.pdf?ua=1&ua=1](https://www.emro.who.int/images/stories/Sitrep_-_issue_22.pdf?ua=1&ua=1)
10. World Health Organization. Health conditions in the occupied Palestinian territory, including east Jerusalem and in the occupied Syrian Golan. Ginebra: WHO; 2023. Report A76/15. Consultado: 12-01-2024. Disponible en: [Health conditions in the](#)



[occupied Palestinian territory, including east Jerusalem, and in the occupied Syrian Golan \(who.int\).](#)

11. who.int [sitio en internet]. Ginebra: World Health Organization. Consultado 12-01-2024. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/21-12-2023-lethal-combination-of-hunger-and-disease-to-lead-to-more-deaths-in-gaza>
12. Mueller H, Tobias J. The cost of violence: Estimating the economic impact of conflict. London: International Growth Centre. London School of Economic and Political Science; 2016 [citado 25 marzo 2024]. Disponible en: [https://www.theigc.org/sites/default/files/2016/12/IGCJ5023 Economic Cost of Conflict Brief 2211 v7 WEB.pdf](https://www.theigc.org/sites/default/files/2016/12/IGCJ5023_Economic_Cost_of_Conflict_Brief_2211_v7_WEB.pdf)
13. Husseini A, Abu-Rmeileh NM, Mikki N, Ramahi TM, Ghosh HA, Barghuthi N, Khalili M, Bjertness E, Holmboe-Ottesen G, Jervell J. Cardiovascular diseases, diabetes mellitus, and cancer in the occupied Palestinian territory. *Lancet*. 2009 Mar 21;373(9668):1041-9.
14. Al-Shamsi H, Abu-Gheida I, Iqbal F, Al-Awadhi A, Editors. *Cancer in the Arab World*. Abu Dhabi, United Arab Emirates: Springer; 2022, 475p.
15. Jawad M, Vamos EP, Najim M, Roberts B, Millett C. Impact of armed conflict on cardiovascular disease risk: a systematic review. *Heart*. 2019 Sep;105(18):1388-1394.
16. Al-Sharafi BA, Al-Tahami BA. The effect of war on the control of diabetes in patients with type 2 diabetes mellitus in Yemen: a cross-sectional study. *Endocrinol Metab Syndr*. 2017;6:270.
17. Mesfin B, Mersha Demise A, Shiferaw M, Gebreegziabher F, Girmaw F. The Effect of Armed Conflict on Treatment Interruption, Its Outcome and Associated Factors Among Chronic Disease Patients in North East, Amhara, Ethiopia. 2022. *Patient Relat Outcome Meas*. 2023 Aug 24;14:243-251.
18. Ngaruiya C, Bernstein R, Leff R, Wallace L, Agrawal P, Selvam A, Hersey D, Hayward A. Systematic review on chronic non-communicable disease in disaster settings. *BMC Public Health*. 2022 Jun 21;22(1):1234.
19. Huynh ML, Raab SS, Suba EJ. Association between war and cervical cancer among Vietnamese women. *Int J Cancer*. 2004 Jul 10;110(5):775-7.
20. Milojkovic M, Pajtler M, Rubin M. Influence of the war in Croatia on the frequency of gynecological cancer in the University Hospital Osijek in the period from 1985 to 2002. *Coll Antropol*. 2005;29(2):573-578.



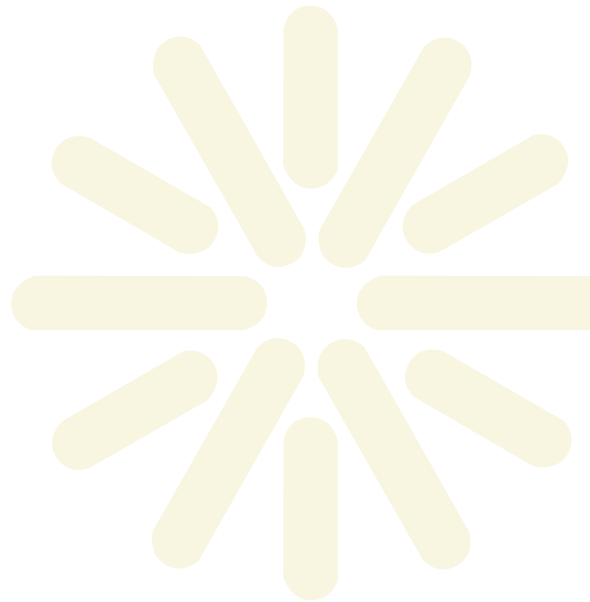
21. Telarović S, Telarović S, Relja M, Franinović-Marković J. Impact of war on central nervous system tumors incidence—a 15-year retrospective study in Istria County. Croatia Coll Antropol. 2006;30(1):149–155.
22. Shamseddine A, Sibai AM, Gehchan N, Rahal B, El-Saghir N, Ghosn M, et al. Cancer incidence in postwar Lebanon: findings from the first national population-based registry, 1998. Ann Epidemiol. 2004;14(9):663–668.
23. Boskabady M, Boskabady MH, Zabihi NA, Boskabady M. The effect of chemical warfare on respiratory symptoms, pulmonary function tests and their reversibility 23–25 years after exposure. Toxicol Ind Health. 2015 Jan;31(1):79–84.
24. El-Sharif N, Abdeen Z, Qasrawi R, Moens G, Nemery B. Asthma prevalence in children living in villages, cities and refugee camps in Palestine. Eur Respir J. 2002 Jun;19(6):1026–34.
25. Abukhdeir HF, Caplan LS, Reese L, Alema-Mensah E. Factors affecting the prevalence of chronic diseases in Palestinian people: an analysis of data from the Palestinian Central Bureau of Statistics. East Mediterr Health J. 2013;19(4):307–313.
26. Mateen FJ, Carone M, Al-Saedy H, Nyce S, Ghosn J, Mutuerandu T, Black RE. Medical conditions among Iraqi refugees in Jordan: data from the United Nations Refugee Assistance Information System. Bull World Health Organ. 2012 Jun 1;90(6):444–51.
27. Strong J, Varady C, Chahda N, Doocy S, Burnham G. Health status and health needs of older refugees from Syria in Lebanon. Confl Health. 2015;9:12.
28. Shah S, Munyuzangabo M, Gaffey MF, Kamali M, Jain RP, Als D, Meteke S, Radhakrishnan A, Siddiqui FJ, Atallahjan A, Bhutta ZA. Delivering non-communicable disease interventions to women and children in conflict settings: a systematic review. BMJ Glob Health. 2020 Apr;5(Suppl 1):e002047.
29. icrc.org [sitio en internet]. International Committee the Red Cross. [Actualizado 18 abril 2018; citado 14 de enero 2024]. Disponible en: <https://www.icrc.org/en/document/red-cross-and-novo-nordisk-announce-ground-breaking-partnership-tackle-chronic-care>
30. oPt Emergency Situation Update. World Health Organization. Issue 20. 11 January 2024. Consultado 12-01-2024. Disponible en: [https://www.emro.who.int/images/stories/Sitrep\\_-\\_issue\\_20.pdf?ua=1](https://www.emro.who.int/images/stories/Sitrep_-_issue_20.pdf?ua=1)
31. Gross M. Bioethics and armed conflict. Cambridge: MIT Press; 2006.



**SESPAS**

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

32. Evans NG, Sekkarie MA. Allocating scarce medical resources during armed conflict: ethical issues. *Disaster Mil Med.* 2017 May 22;3:5. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6697255/>
33. Spiegel PB , Checchi F , Colombo S , et al . Health-care needs of people affected by conflict: future trends and changing frameworks. *Lancet* 2010;375:341–5.



## 06. Otros documentos consultados

Convenio de Ginebra relativo a la protección debida a las personas civiles en tiempo de guerra (Convenio IV). Disponible en:

<https://www.icrc.org/es/doc/resources/documents/treaty/treaty-gc-4-5tdkyk.htm>

ACNUR. Tendencias globales. Desplazamiento forzado 2022. Disponible en:

<https://www.acnur.org/tendencias-globales-de-desplazamiento-forzado-en-2022>







SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA  
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA