MSF

CAPÍTULO

8

ATAQUES A LAS MISIONES MÉDICA Y HUMANITARIA: VIOLENCIA DE ESTADO, VÍCTIMAS LOCALES Y EL TRANSPORTE COMO OBJETIVO

Natasha Sax, **Helen Richards** y **Alejandro Pozo**, asesores del Centro de Reflexión Aplicada sobre la Práctica Humanitaria (ARHP) de Médicos Sin Fronteras (MSF)

* Ver notas al final del informe, página 150.

FOTO:
Ambulancia de MSF destruida en diciembre de 2023 en la ciudad de Gaza.
GAZA © CAROLINE SEGUIN / MSF

1 INTRODUCCIÓN

En el informe del IECAH y MSF de 2024, el artículo titulado «Ataques a la acción humanitaria: ¿La nueva normalidad? La experiencia de MSF en Gaza, Sudán y Ucrania» destacaba cómo los servicios de salud se ven cada vez más amenazados en los conflictos armados, en particular en contextos urbanos.[187] Los ataques violan con frecuencia el derecho internacional humanitario (DIH), pero les sigue una escasa rendición de cuentas. Más allá del daño inmediato al personal, los pacientes y la infraestructura, esta violencia interrumpe o suspende los servicios médicos, negando a las personas su derecho a una atención adecuada. De acuerdo con dicho artículo, estos patrones no son excepcionales, sino que se están convirtiendo en la «nueva normalidad». A pesar de los compromisos internacionales, como la Resolución 2286 (2016) del Consejo de Seguridad de la ONU para proteger la atención médica en los conflictos armados, la implementación de esos compromisos sigue siendo gravemente deficiente. El artículo concluía con un llamamiento a un mayor respeto por el DIH y a la documentación sistemática de los ataques a la atención médica. Finalmente, lamentaba que, sin voluntad política y un compromiso genuino, los civiles y el personal médico-humanitario seguirán sufriendo las consecuencias de este desprecio por las normas humanitarias básicas.

Un año después, **la falta de protección sigue siendo una preocupación crítica, pues los ataques contra el personal sanitario y humanitario son constantes**. En septiembre de 2025, Australia presentó una nueva Declaración para la Protección del Personal Humanitario en la Asamblea General de la ONU. Firmada por más de cien Estados, la iniciativa busca fortalecer el cumplimiento y la implementación de la Resolución 2730 (2024) del Consejo de Seguridad de la ONU,[188] que insta a los Estados a respetar y proteger al personal humanitario, de conformidad con sus obligaciones en virtud del derecho internacional. Estos compromisos son bienvenidos y necesarios, pero deben traducirse en acciones prácticas para que tengan impacto.

Este artículo examina tres tendencias preocupantes en los ataques actuales contra la atención sanitaria:

i. el creciente papel de los actores estatales como perpetradores de violencia contra la atención médica;
ii. el impacto desproporcionado en el personal contratado localmente;
iii. los ataques contra el transporte médico y humanitario —incluidas ambulancias y vehículos de suministro— fuera de las instalaciones sanitarias estáticas.

Para ilustrar estas dinámicas, este artículo se centra en dos estudios de caso clave: Territorio Palestino Ocupado (TPO) y Sudán del Sur. En el primer caso, la escala e intensidad sin precedentes de los ataques contra instalaciones, personal y transportes médicos y humanitarios convierte al TPO en un caso central para el análisis. Sudán del Sur, por su parte, ofrece una perspectiva diferente. Durante muchos años, Sudán del Sur se ha posicionado invariablemente entre los países con mayor número de ataques contra actores humanitarios: el primero en términos de víctimas (muertos, heridos o secuestrados) entre 2014 y 2020, y el segundo entre 2021 y agosto de 2025, tras el TPO.[189] Lo que distingue a Sudán del Sur es que los ataques contra el personal humanitario superan con creces los

registrados contra el personal médico y esto sugiere, bien una hostilidad específica hacia la ayuda humanitaria en general, bien un cierto grado de respeto y protección hacia la atención médica. Esta divergencia es inusual: en la mayoría de los contextos —como Palestina, Sudán, Myanmar, Afganistán, República Centroafricana (RCA) y República Democrática del Congo (RDC)—, los ataques contra el personal sanitario y humanitario se intensifican simultáneamente, lo que refleja la importancia central del apoyo humanitario para los sistemas de salud o una violencia indiscriminada que no respeta a nadie. El patrón opuesto también es excepcional: contextos donde el personal sanitario es atacado con mucha mayor frecuencia que el humanitario, como se observa en Ucrania y Líbano.[190]

2
LOS ESTADOS COMO PERPETRADORES

El 81 % de las agresiones contra la atención médica en 2024 se atribuyeron a agentes estatales

La conclusión sorprende: **la mayoría de los ataques contra las misiones médica y humanitaria son atribuibles a agentes estatales**. Según la Coalición para la Salvaguarda de la Salud en Conflictos (SHCC), «aproximadamente el 81% de los incidentes de violencia contra la atención médica en 2024 se atribuyeron a agentes estatales, un porcentaje que ha aumentado con el tiempo, junto con el uso más generalizado de sistemas de armas explosivas en zonas urbanas».[191] Esta fuente atribuyó «la gran mayoría» de los ataques cometidos por actores estatales desde 2022 a las fuerzas rusas (en Ucrania, Siria y Chechenia) y a las Fuerzas de Defensa de Israel (en el TPO, Líbano y Siria). También atribuyó muchos ataques a las fuerzas estatales nacionales o a fuerzas extranjeras, incluyendo al Ejército de Sudán del Sur, no solo por lo que hace en su país, sino también por sus ataques en Sudán.[192]

2.1. Territorio Palestino Ocupado

En 2023 y 2024, el Gobierno de Israel fue el responsable de los niveles más altos de violencia contra las misiones médica y humanitaria en el mundo. Según los datos del Sistema de Vigilancia de Ataques de la Organización Mundial de la Salud (SSA-OMS), en 2023, el Territorio Ocupado registró 623 de las 762 muertes de personal sanitario (el 82%) y 824 de los 1.556 ataques (53%) contra estos equipos; en 2024, las cifras fueron, respectivamente, 288 de las 944 muertes (31%) y 729 de los 1.647 ataques (44%). Además, otras 238 muertes (25%) y 149 ataques (9%) tuvieron lugar en 2024 en Líbano (11 ataques y 3 muertes en 2023). Esto significa que al menos el 53% de los ataques y el 67% de las muertes de personal médico en esos dos años se produjeron en contextos donde se atribuye a las fuerzas israelíes la inmensa mayoría de los casos. Además, algunos ataques en Siria también se han atribuido al Ejército de Israel.[193]

2.1.1. Ataques contra las instalaciones médicas

En Gaza, los ataques contra la asistencia médica han sido prolíficos. A 31 de agosto de 2025, solo 17 de los 36 hospitales estaban «parcialmente operativos» y uno «completamente operativo».[194] Desde octubre de 2023, el personal y los pacientes de MSF se han visto obligados a abandonar al menos 18 centros

de salud distintos y han sufrido más de 50 incidentes violentos, incluyendo ataques aéreos y terrestres contra hospitales.

El Ejército israelí ha atacado instalaciones médicas argumentado con frecuencia que los hospitales habían «perdido su protección». Sin embargo, estas acusaciones no se han verificado de forma independiente en Gaza, y las autoridades israelíes se niegan sistemáticamente a permitir la entrada a la Franja de investigadores internacionales y observadores de derechos humanos. Incluso en los casos raros en los que un hospital puede perder su protección bajo el DIH, los beligerantes están todavía obligados a realizar una advertencia previa y asegurar que cualquier ataque se ajusta a los principios de proporcionalidad y precaución. Sin embargo, en Gaza, el uso reiterado de armamento pesado contra instalaciones médicas indica que las precauciones para minimizar los daños a los civiles son inadecuadas, como tampoco se da suficiente importancia (o ninguna) al «impacto reverberante» de los ataques en la asistencia médica —es decir, los efectos en cascada en el sistema sanitario—. Desde octubre de 2023, los ataques del Ejército israelí, que han desmantelado de forma efectiva todo un sistema de atención médica, infligen una escala de daños a la población civil manifiestamente desproporcionada.

«Es muy difícil trabajar sabiendo que, en cualquier momento, pueden bombardear el hospital y no pasará nada»

El 25 de agosto de 2025, el Hospital Nasser, uno de los últimos hospitales plenamente operativos en el sur de Gaza, que operaba a más del doble de su capacidad,[195] fue atacado cuatro veces en un mismo día por el Ejército israelí.[196] En lo que se conoce como «doble golpe», nueve minutos después de la primera agresión, cuando los equipos de socorro y los periodistas se habían reunido en el lugar, las fuerzas israelíes atacaron las instalaciones por segunda vez. Estos hechos fueron grabados en vídeo y ampliamente difundidos. El primer ministro israelí dijo «lamentar profundamente el trágico accidente», que mató a más de veinte personas y causó graves daños a un centro médico protegido. El personal de MSF trabajaba en las salas de maternidad y pediatría del centro. El ataque obligó al personal de la organización a suspender temporalmente sus actividades. Así describió aquel día el coordinador médico de MSF en el Hospital Nasser: «Salimos del hospital con la sensación de que nadie está a salvo. Tanto si eres paciente como profesional sanitario, hay total impunidad por bombardear un hospital. (...) Es muy difícil para mí trabajar sabiendo que, en cualquier momento, pueden bombardear el hospital y no pasará nada. Nada cambiará».[197]

2.1.2. Órdenes de desplazamiento forzoso que obstaculizan el acceso a la atención sanitaria

La conducta del Ejército israelí tampoco ha respetado ni protegido las instalaciones médicas. Sus reiteradas órdenes de desplazamiento forzoso, emitidas en el marco de las operaciones militares, han interrumpido gravemente tanto la prestación de atención médica como el acceso de los pacientes. Estas órdenes plantean graves preocupaciones: los pacientes en estado crítico deben ser trasladados rápidamente a pesar de la escasez de ambulancias, la inadecuación del equipamiento médico, los daños en las carreteras, los atascos de tráfico debidos a la huida de los civiles y el desbordamiento de los hospitales. Los más vulnerables corren el mayor riesgo. Por ejemplo, **en el Hospital de Maternidad Al Helu, al que MSF da apoyo en la ciudad de Gaza, 18 recién nacidos comparten a menudo solo doce incubadoras**. Reubicar a estos bebés es una tarea abrumadora: las incubadoras son voluminosas y difíciles de transportar, mientras que los recién

nacidos, cuyos sistemas inmunitarios son frágiles, requieren condiciones estériles y temperaturas estables. La evacuación de pacientes intubados plantea otro desafío, ya que dependen de ventiladores portátiles. Sin embargo, el número de estos dispositivos en Gaza es incierto y su entrada se coarta con frecuencia debido a las restricciones a los productos de «doble uso» impuestas por el Gobierno de Israel.[198]

Desde octubre de 2023, las «órdenes de evacuación» se han utilizado cínicamente para vaciar las instalaciones sanitarias y desplazar por la fuerza a la población civil en consonancia de objetivos políticos y militares. En el momento de redactar este artículo, el 88,5% de la Franja de Gaza se encuentra bajo órdenes de evacuación o designada como zona militar, lo que dificulta gravemente el funcionamiento de los servicios sanitarios o el acceso de la población civil a los mismos.[199] La renovada ofensiva israelí contra la ciudad de Gaza ha seguido el mismo patrón destructivo. A pesar de que **Israel está obligado a respetar y proteger las instalaciones médicas**, la información inicial que ha proporcionado su Ejército a los actores humanitarios y publicado en los medios israelíes indica que todas las instalaciones médicas de la ciudad de Gaza, incluidas las respaldadas por las agencias de la ONU y las organizaciones humanitarias internacionales, deberán ser evacuadas por completo, quedando así eliminado el acceso a la atención médica en la ciudad de Gaza.[200]

En el ataque contra Old Fangak, fueron destruidos suministros médicos por valor de 320.000 euros en el hospital de MSF

2.2. Sudán del Sur

La situación de seguridad en Sudán del Sur se deterioró drásticamente en 2025, con el renovado conflicto armado entre las Fuerzas de Defensa del Pueblo (SSPDF) —el Ejército— y el Movimiento de Liberación del Pueblo de Sudán en la Oposición (SPLM-IO). La violencia se reavivó en varias zonas del país, en particular en los estados de Alto Nilo y Jonglei, pero también en Bahr el Ghazal Occidental y Gran Ecuatoria.

En los enfrentamientos, se han producido varios ataques contra instalaciones sanitarias, personal médico y organizaciones no gubernamentales. **El 3 de mayo de 2025, dos helicópteros de combate bombardearon deliberadamente la ciudad de Old Fangak**, en el estado de Jonglei, y mataron a siete personas en el mercado. Justo antes habían atacado la farmacia del hospital de MSF: quedaron destruidos suministros médicos valorados en 320.000 euros (el coste de los daños totales fue muy superior) y la metralla alcanzó al propio hospital. Los ataques en la ciudad hirieron a veinte personas, entre ellas cuatro empleados de MSF, dos pacientes y dos acompañantes.[201] MSF evacuó urgentemente a los pacientes a Toch, a 33 km de distancia, a un centro de estabilización reactivado sobre una instalación hospitalaria que acababa de desmantelarse tras los cortes de financiación de la Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Nadie se atribuyó la responsabilidad del ataque. MSF llevaba más de diez años en ese hospital, un hecho bien conocido en la región. El centro estaba claramente identificado, también desde el aire. Como resultado del bombardeo, se interrumpieron todos los servicios médicos en el hospital de Old Fangak, el único proveedor de atención secundaria vital para 110.000 personas, en una zona de difícil acceso debido a las inundaciones. Solo en 2024, MSF atendió allí cerca de 40.000 consultas médicas (además de

otras 34.000 en los servicios descentralizados en la región), trató casi 24.000 casos de malaria y ofreció atención prenatal a al menos 5.000 mujeres, entre otros servicios.

3
EL PERSONAL LOCAL SE LLEVA LA PEOR PARTE

Si bien los ataques al personal humanitario y médico parecen haberse convertido en la «nueva normalidad», es evidente que el personal nacional y local ha soportado la peor parte de la violencia. En mayo de 2024, el Consejo de Seguridad de la ONU adoptó la resolución 2730 sobre la protección del personal humanitario, el personal de la ONU y el personal asociado, así como de sus instalaciones y bienes. La resolución subraya la vulnerabilidad específica del personal humanitario nacional y local, «que en los últimos años ha sufrido la mayor parte de los incidentes relacionados con la seguridad».[202] Esta tendencia se refleja claramente en los dos contextos analizados: TPO y Sudán del Sur.

Las cifras apuntan a que el personal contratado localmente y el nacional afrontan un nivel desproporcionado de riesgos

La Aid Worker Security Database (AWSD, Base de Datos sobre la Seguridad del Personal Humanitario) confirma que la gran mayoría de las víctimas de la violencia contra los equipos humanitarios pertenecen al personal nacional. **Entre 2014 y 2020, 814 trabajadores nacionales murieron, 914 resultaron heridos y 681 fueron secuestrados, frente a los 49 muertos, 110 heridos y 56 secuestrados entre el personal internacional**. Esto significa que el 94% de los muertos, el 89% de los heridos y el 92% de los secuestrados eran nacionales. La disparidad entre ambos colectivos se acentúa en años recientes. Entre 2021 y junio de 2025, 1.133 empleados nacionales murieron, 927 resultaron heridos y 639 fueron secuestrados, cifras que, entre el personal extranjero se situaron en 29 muertos, 36 heridos y 37 secuestrados. En este periodo, los nacionales representaron el 98% de los muertos, 96% de los heridos y 95% de los casos de secuestro. Estas cifras parecen indicar que el personal contratado localmente y el nacional enfrentan un nivel desproporcionado de riesgos.

Considerando que el personal nacional a menudo representa el 90% de la plantilla (aunque las proporciones varían significativamente entre las organizaciones humanitarias), el número de incidentes que les afectan es desproporcionadamente elevado y está en aumento. En estas estadísticas cabe tener en cuenta dos apuntes: el primero, la creciente localización de la asistencia y la aversión al riesgo de las organizaciones han aumentado la proporción del personal nacional, sobre todo en los lugares de más difícil acceso y con peores condiciones de seguridad; el segundo, la persistente escasez de información fiable sobre el personal nacional subraya un patrón de subregistro sistemático de los incidentes que afectan a este personal y al reclutado localmente, lo que puede distorsionar el análisis.

En cuanto al subregistro, existen al menos tres razones que sugieren que las cifras que afectan al personal humanitario local (incluyendo al personal sanitario) podrían ser, en realidad, más elevadas. La primera es la complejidad inherente al concepto de «personal humanitario». Por ejemplo, los roles de un conductor de camión de una empresa privada subcontratada por una

organización humanitaria, un voluntario de la comunidad o un trabajador reclutado para un solo día pueden difuminar las líneas que delimitan esa condición de «humanitario». La segunda es la dificultad manifiesta de determinar que la hostilidad contra un trabajador local se deba a su afiliación humanitaria y no a otros factores, como lazos o asuntos familiares, disputas comunitarias o dinámicas políticas y sociales más amplias —especialmente en contextos en los que la conflictividad armada permea todas las relaciones—. En tercer lugar, los incidentes que involucran al personal nacional tienden a atraer mucha menos atención mediática, política e institucional que los que afectan al internacional, lo que contribuye aún más al subregistro. La disparidad en la atención a los ataques que afectan al personal humanitario contratado localmente —evidente en Gaza, donde los incidentes que involucran al personal internacional reciben mucha mayor visibilidad que los que afectan a los colegas palestinos contratados localmente— subraya claramente este punto.

Los incidentes que afectan al personal nacional suelen atraer mucha menos atención mediática, política e institucional

3.1. Territorio Palestino Ocupado

En los últimos años, el mayor número de muertes entre el personal médico y humanitario nacional y local se produjo en el TPO. Según la SSA de la OMS, allí se registraron el 47% de los ataques que afectaron a instalaciones y personal sanitario, el 34% de las muertes y el 49% de los heridos en el periodo 2023-junio de 2025. Insecurity Insight registra estadísticas similares en el mismo periodo: el 32% de los ataques, el 45% de los trabajadores humanitarios muertos, el 33% de los heridos y el 24% de los detenidos o secuestrados. Los datos del SHCC muestran que, en 2023 y 2024, el 35% de todos los ataques ocurrieron allí.

La magnitud de los asesinatos es especialmente dramática. **Según la AWSD, el 58% de los trabajadores humanitarios muertos en el mundo entre 2023 y agosto de 2025 estaban en el Territorio Ocupado —muy por delante de Sudán**, que le sigue con casi un 13%—; los 548 muertos superaron el registro de cualquier país, y no solo recientemente, sino en la suma de todos los años desde 1998, fecha de inicio de las estadísticas de la AWSD. En los últimos 27 años, 490 trabajadores humanitarios han muerto en Afganistán, 310 en Siria, 282 en Sudán del Sur, 266 en Sudán y 261 en Somalia. Tanto en el TPO como en Sudán del Sur, la abrumadora mayoría de las víctimas mortales era personal nacional (98% y 94%, respectivamente). Estas cifras confirman a Palestina como un epicentro de la violencia contra el personal humanitario, específicamente el personal palestino, con niveles sin precedentes en la historia humanitaria reciente.

¿Disparidad en la atención?

Una de las agresiones más sonadas contra el personal humanitario en Gaza fue el ataque contra un convoy de World Central Kitchen (WCK) el 1 de abril de 2024. El Ejército israelí mató a siete empleados de WCK, seis de los cuales no eran palestinos: tres de Reino Unido, uno de Australia, uno de Polonia y uno con doble nacionalidad estadounidense y canadiense.[203] El incidente recibió una amplia cobertura mediática internacional y provocó una enérgica condena pública por parte de los Gobiernos de los países de las víctimas.

Tras el ataque, el Ejército israelí inició una investigación, ofreció una disculpa pública y aludió a un «error de identificación».[204]

Este es uno de los pocos casos conocidos en los que el Ejército israelí ha llevado a cabo una investigación y emitido una disculpa, a pesar de que, hasta agosto de 2025, han muerto en el TPO 548 trabajadores humanitarios. Es posible que la amplia cobertura mediática internacional del caso y la presión de los Gobiernos afectados obligaran a las autoridades israelíes a responder de manera más sustancial, un nivel de reconocimiento que no se ha extendido a las muertes análogas entre el personal humanitario palestino en Gaza.

Si bien la gran mayoría del personal médico y humanitario en el TPO —y el que más se expone— es local, su abrumadora tasa de muerte (como ya se ha mencionado, un 98%) nos lleva a preguntarnos si reciben un nivel de protección menor que el de sus colegas internacionales; esta observación encajaría con patrones más amplios de deshumanización de la población palestina. Por otro lado, como los ataques contra el personal contratado localmente tienden a generar menos atención mediática y críticas de Gobiernos extranjeros, el poder disuasorio en relación con dichos ataques también puede ser menor. Algunos trabajadores humanitarios internacionales que han trabajado en Gaza han comentado, en entrevistas realizadas por MSF, su percepción de que el Ejército israelí se toma más en serio la seguridad del personal extranjero que la de sus colegas palestinos contratados localmente, incluso dentro de la misma organización.

La práctica militar israelí a menudo exige a MSF información que distinga entre el personal internacional y el local

En Gaza, esta percepción de «doble estándar de protección» se refleja en las prácticas de «notificación humanitaria» (a menudo denominadas «desconflicto»), en las que el personal humanitario proporciona coordenadas de instalaciones médicas, alojamientos y movimientos de convoyes a los actores armados para solicitar que sean incluidos en las listas de «no ataque». La práctica militar israelí a menudo exige que MSF proporcione información para el desconflicto que distinga entre el personal contratado internacionalmente y el contratado localmente. Es posible que este último esté sujeto a un escrutinio adicional, pero, más allá de esto, no está claro por qué se deben hacer distinciones entre el personal local y el internacional en los procesos de desconflicto.

Según el DIH, no existe ninguna disposición que otorgue un mayor nivel de protección al personal médico o humanitario internacional que al de contratación local. Los civiles son civiles y deben ser protegidos sin discriminación por su lugar de origen. Asimismo, la Resolución 2286 del Consejo de Seguridad de la ONU recuerda que el personal médico y humanitario reclutado localmente representa la mayoría de las muertes en los conflictos armados y llama a la protección de «todo el personal humanitario», independientemente de su estatus de reclutamiento. En el momento de escribir estas líneas, quince colegas de MSF han muerto en los ataques israelíes en Gaza, todos ellos palestinos.

3.2. Sudán del Sur

Según la AWSD, desde 2012 (su primer año completo de existencia como país), Sudán del Sur ha figurado sistemáticamente entre los lugares más peligrosos para el personal humanitario, con 870 víctimas (concepto que incluye al personal muerto, herido, secuestrado y detenido) en los últimos trece años, el mayor número registrado en cualquier contexto. Sudán del Sur es también uno de los países donde más se mata a trabajadores humanitarios internacionales. Según la AWSD,

han sido siete desde 2021, cifra que solo supera el TPO, con ocho (seis, de WCK, en un único ataque). Exceptuando Ucrania (con seis), ningún otro contexto tuvo más de un muerto en ese periodo. En Sudán del Sur, desde 2021 han muerto 106 trabajadores nacionales (el 94% del total), pero probablemente la diferencia más significativa ha estado en los secuestros. El último de un trabajador internacional ocurrió en octubre de 2018; desde entonces, la AWSD registra 81 secuestros de nacionales.

El 5 de agosto de 2025, MSF suspendió todas sus actividades en los condados de Río Yei y Morobo, en el estado de Ecuatoria Central (sur del país), tras el secuestro de uno de sus trabajadores durante una evacuación de su personal desde Morobo a Yei, en un contexto de deterioro de la seguridad. El secuestro tuvo lugar tan solo cuatro días después del rapto de un empleado del Ministerio de Salud, mientras era trasladado en una ambulancia de MSF por la misma carretera. El segundo incidente tuvo lugar exactamente en la misma ubicación: el convoy, de cuatro vehículos, fue detenido por hombres armados, que ordenaron al miembro de MSF que ejercía como líder del equipo que saliera del vehículo. Acto seguido, permitieron que el resto del personal se dirigiera a Yei. El trabajador de MSF fue liberado unas horas después.

En Ulang, el 14 de abril de 2025, docenas de hombres armados entraron en el hospital de MSF y lo saquearon

Estos secuestros forman parte de una preocupante tendencia: la violencia dirigida contra el personal sanitario y humanitario. En Morobo, por ejemplo, entre junio y agosto de 2025 se reportaron varios incidentes violentos contra personal e instalaciones médicas y humanitarias, incluyendo secuestros, incendios provocados, saqueos de hospitales y daños a la infraestructura médica. Siete de estos incidentes involucraron el secuestro de personal humanitario.[205]

Un ejemplo reciente de ataque contra la atención médica, que afectó principalmente al personal contratado localmente por MSF, ocurrió en Ulang. El 14 de abril de 2025, docenas de hombres armados entraron en el hospital de MSF, de 60 camas, donde más de cien pacientes recibían atención crítica. Probablemente temiendo la incursión, algunos de ellos habían huido la víspera. Otros fueron forzados bajo amenazas a abandonar el hospital. El centro fue saqueado habitación por habitación. Nadie resultó herido, pero el impacto psicológico fue significativo; además, fueron robados los suministros médicos y nutricionales para asistir a más de 200.000 personas durante nueve meses.

MSF no tuvo más remedio que cerrar un hospital en el que, solo en 2024, se habían atendido más de 10.000 consultas externas, además de 3.284 ingresos hospitalarios, 650 partos, 10.000 casos de malaria y más de 2.400 consultas de atención prenatal, entre otros servicios médicos. En el momento del ataque, MSF tenía a su cargo más de 800 pacientes con VIH, tuberculosis y otras condiciones crónicas. No existen otros hospitales, ni siquiera centros de atención secundaria funcionales en la zona.[206] En ese hospital trabajaban 167 personas contratadas localmente, cada una con su familia, que, aparte de depender de esos ingresos, también recibían atención sanitaria.

Ataques al personal contratado localmente: ¿una trayectoria ascendente?

A lo largo de la historia de MSF, han muerto a consecuencia de ataques 105 empleados contratados localmente:[207] 27 entre 1989 y 2000, 24 entre 2001 y 2010, 28 entre 2011 y 2020 (incluidos 14 en el hospital de Kunduz, en Afganistán) y 10 entre 2021 y junio de 2025.[208] Si bien estas cifras no reflejan un aumento o una

disminución pronunciados, cabe tener en cuenta el incremento constante del número de personas contratadas localmente.

Los secuestros, sin embargo, revelan una tendencia más clara: los incidentes que involucran a personal internacional han disminuido (de 61 en 1980-1999 a 46 en 2000-junio de 2025), mientras que los que afectan al personal nacional han aumentado drásticamente (de 10 en 1980-1999 a 82 en 2000-junio de 2025). Los datos de la AWSD confirman este patrón: registran 574 secuestros y 40 «secuestros con muerte» de nacionales entre 2021 y agosto de 2025 (132 casos al año), en comparación con 667 secuestros y 63 «secuestros con muerte» entre 2014 y 2020 (104 al año). **Este cambio, a pesar de las disminuciones en contextos críticos clásicos —como Afganistán, RDC, Nigeria, Siria, Somalia y Sudán del Sur—, refleja la propagación de los secuestros en contextos donde antes eran raros**; es el caso de Etiopía, Ucrania, Haití y Myanmar. En cambio, en el TPO apenas se han registrado dos secuestros desde 1998: un miembro del personal internacional en 2006 y otro del personal local en 2007.

Los secuestros revelan una tendencia clara: han aumentado drásticamente los incidentes que afectan al personal nacional

Los ataques, las muertes y otros incidentes violentos documentados por las estadísticas son los efectos más graves y directos sufridos por el personal nacional, pero no son los únicos. El impacto en cascada que supone para la población interrumpir los servicios médicos y humanitarios —llegando incluso al cierre permanente de instalaciones sanitarias— también les afecta, como parte de la comunidad y como profesionales. El personal internacional cambia de contexto y no pierde su empleo ni sus ingresos cuando se cierra un determinado programa de atención sanitaria, mientras que el personal local puede no encontrar una fuente alternativa de empleo en contextos de escasez extrema.

4

ATAQUES DURANTE LOS MOVIMIENTOS MÉDICOS Y HUMANITARIOS

Gran parte de la literatura se ha centrado en la protección de las instalaciones y el personal sanitario y humanitario. Un área de interés menos conocida ha sido la protección de las ambulancias y otros medios de transporte, también protegidos por el DIH. Cada vez hay más indicios de que el personal médico y humanitario de primera línea corre un mayor riesgo.

Llevar a cabo evacuaciones médicas o trasladar pacientes entre instalaciones sanitarias puede conllevar riesgos, también para sus cuidadores y el personal médico o humanitario. Cuando las ambulancias u otros vehículos son detenidos en su camino hacia los centros de salud, los soldados o los miembros de grupos armados pueden identificar a los pacientes como combatientes o asociarlos con su «enemigo» o con aquellos a los que perciben como sus bases de apoyo. Pueden producirse acosos, arrestos e incluso asesinatos. Lamentablemente, esto le ha ocurrido a MSF en varios países, como Sudán,[209] Mali,[210] y Haití,[211] entre muchos otros.

Según la AWSD, entre 2014 y 2020 (en siete años), 967 trabajadores humanitarios se vieron «afectados» (muertos, heridos, secuestrados o detenidos) «en carretera», entre ellos, 246 muertos

(siendo 223 nacionales), 306 heridos (287 nacionales) y 411 secuestrados (385 nacionales). En el periodo posterior, de 2021 a agosto de 2025 (en menos de cinco años), la cifra total aumentó a 997: 255 muertos (234 nacionales), 372 heridos (356 nacionales) y 357 secuestrados (329 nacionales).

Sudán del Sur fue, con diferencia, el país más afectado en ambos periodos, con 210 entre 2014 y 2020, y 171 entre 2021 y agosto de 2025. En este último periodo, le siguen Ucrania (109), Mali (99), TPO (95), RDC (60), Sudán (59), Etiopía (58), RCA (50) y Somalia (43). Algunos países han reducido significativamente el número de ataques en carretera, entre ellos Afganistán (de 132 a 17), RDC (de 114 a 60) y Siria (de 76 a 34). Sin embargo, los casos aumentaron drásticamente en lugares como Ucrania (de 0 a 109), TPO (de 2 a 95) y Etiopía (de 9 a 58).

Un ataque particularmente atroz contra medios de transporte médicos ocurrió en Gaza cuando el Ejército israelí atacó ambulancias de la Media Luna Roja Palestina y mató a 15 de sus trabajadores el 23 de marzo de 2025. Tras ocultar inicialmente los detalles del ataque, el Ejército israelí reconoció posteriormente varios «fallos profesionales», tanto en las acciones que llevaron al ataque como en su gestión posterior. Sin embargo, el comunicado del Ejército reiteró las acusaciones de que Hamás utilizaba habitualmente ambulancias para «transportar terroristas y armas», sin aportar ninguna prueba verificable independiente que respaldara esas afirmaciones.[212] Estas acusaciones no verificadas ponen en peligro la seguridad de los transportes médicos, que cumplen una función crítica que salva vidas.

MSF fue informada de que cualquier traslado médico al Hospital Nasser requería permiso con 24 horas de antelación

Un principio fundamental del DIH es que los heridos y los enfermos deben ser protegidos y atendidos, por lo que se proporciona protección subsidiaria a los transportes sanitarios para garantizar su acceso a la atención médica. En Gaza, en junio de 2025, las reiteradas «órdenes de evacuación» que desplazaron a civiles de las áreas circundantes del Hospital Nasser dificultaron el acceso del personal, los pacientes y los suministros médicos a dicho centro. El 3 de junio, se informó a los equipos de MSF de que cualquier traslado a este hospital requeriría autorización previa de las autoridades israelíes y debía solicitarse con 24 horas de antelación.[213] Durante el periodo en que esta directiva estuvo vigente, las ambulancias que transportaban emergencias médicas accedieron al hospital arriesgándose a ser atacadas por falta de autorización. MSF se pronunció enérgicamente en contra de estas restricciones y señaló que las operaciones militares que impedían el acceso al Hospital Nasser de ambulancias y personal sanitario equivalían a una sentencia de muerte para pacientes con heridas graves y enfermedades críticas, incluyendo los niños y las mujeres que necesitaban atención obstétrica. Este es solo un ejemplo de cómo las operaciones militares, con frecuencia, no tienen en cuenta la necesidad de proteger y respetar los transportes médicos dentro de sus obligaciones generales hacia las misiones médicas.

El peligro no se reduce solo a la carretera. En Sudán del Sur, el 14 de enero de 2025, un equipo de seis personas de MSF retornaba de Ulang por el río Sobat, tras dejar suministros médicos en el Hospital del Condado de Nasir, cuando hombres armados no identificados abrieron fuego sobre las dos barcas claramente identificadas con el emblema de la organización. En la huida a nado, un trabajador de MSF resultó herido. MSF se vio forzada a suspender todos los movimientos a las comunidades de los condados de Nasir y Ulang.[214]

Un ataque particularmente traumático para MSF que merece mencionarse, aunque no haya sucedido en el TPO ni en Sudán del Sur, ocurrió en Etiopía el 24 de junio de 2021: tres colegas de la organización, la española María Hernández Matas y los etíopes Tedros Gebremariam Gebremichael y Yohannes Halefom Reda, fueron asesinados en Tigray tras ser interceptados mientras se dirigían, en su vehículo, a evacuar a personas heridas. Los tres trabajadores humanitarios, claramente identificados y que viajaban en un vehículo identificado como perteneciente a MSF, recibieron múltiples disparos. MSF realizó una investigación interna del incidente, que determinó que un convoy de las Fuerzas Nacionales de Defensa de Etiopía (el Ejército) se encontraba en aquella carretera en el momento del ataque. Estos hallazgos se comunicaron a las autoridades etíopes; sin embargo, cuatro años después de estos brutales hechos, estas últimas no han llevado a cabo una investigación creíble, transparente, imparcial ni oportuna sobre lo sucedido, a pesar de los incansables esfuerzos de MSF por obtener respuestas.[215]

Necesitamos redoblar esfuerzos para proteger al personal humanitario y sanitario, las instalaciones y los transportes

Los ataques contra el personal médico y humanitario durante sus desplazamientos en el ejercicio de sus funciones representan un fenómeno particularmente preocupante, aunque poco estudiado. Los riesgos a los que se enfrentan en estos movimientos (ya sea entre instalaciones, a lo largo de rutas de suministro o en el curso de visitas sobre el terreno) se incrementan tanto por la exposición inherente al viaje como por, en algunos casos, las prácticas de notificación humanitaria débiles o inconsistentes utilizadas por los actores armados para actividades humanitarias no estáticas. Esta deficiencia requiere un análisis más profundo, ya que plantea interrogantes cruciales sobre cómo los actores humanitarios y las partes en conflicto armado gestionan la seguridad de los desplazamientos humanitarios más allá de las instalaciones fijas.

5
CONCLUSIONES

La preocupación de que los ataques contra el personal sanitario y humanitario se hayan convertido en la «nueva normalidad» no ha hecho más que agravarse en 2025 y no da señales de disminuir. En las zonas de conflicto armado de todo el mundo, necesitamos redoblar los esfuerzos para proteger al personal humanitario y sanitario, las instalaciones y los transportes. **La flagrante impunidad que se observa, especialmente en Gaza, indica que las normas humanitarias fundamentales están siendo atacadas directamente**. Cuando los principios humanitarios básicos fallan en un contexto, existe el riesgo de que esta erosión de las normas de protección se extienda a otros lugares. Sin las protecciones básicas, el personal médico y humanitario podría no poder llegar a los más vulnerables con asistencia vital.

El DIH exige no solo la obligación *negativa* de abstenerse de atacar las instalaciones médicas, sino también la obligación *positiva* de salvaguardar la capacidad de las instalaciones y el personal médico para prestar servicios vitales.[216] La erosión de estas normas tiene consecuencias peligrosas, no solo para el personal sino también, en general, para los civiles que viven en zonas de conflicto armado. Los ataques contra el personal humanitario y sanitario han continuado con impunidad. Los Estados no investigan adecuadamente los incidentes ni piden cuentas a los

responsables. De hecho, los actores estatales se han convertido ellos mismos en los principales responsables. La impunidad por el asesinato de trabajadores médicos y humanitarios es pura hipocresía y demuestra la doble moral de buena parte de los Estados miembros del Consejo de Seguridad de la ONU.

En fechas tan recientes como mayo de 2024, **la Resolución 2370 reitera la necesidad de proteger al personal humanitario, una responsabilidad primordial del Estado que acoge las labores de socorro**. Dicha resolución enfatiza que, cuando se producen ataques contra trabajadores humanitarios, los Estados tienen la obligación de «investigar exhaustivamente y enjuiciar a las personas responsables» para «prevenir dichos crímenes, evitar que se repitan». El creciente número de trabajadores humanitarios y médicos muertos en conflictos armados exige medidas urgentes para poner fin a la impunidad y prevenir su recurrencia. La impunidad persistente exige un análisis crítico de la incapacidad de los mecanismos internacionales para investigar y regular el cumplimiento por parte de los actores estatales.

Los Estados se han convertido en los principales perpetradores de violencia contra las misiones médica y humanitaria

Las estadísticas apuntan a que los Estados se han convertido en los principales perpetradores de violencia contra las misiones médica y humanitaria. La utilización de explosivos y la concentración de la actividad armada en zonas urbanas han tenido efectos devastadores en la población civil, que incluye a los pacientes y a los equipos médicos y humanitarios. Desde octubre de 2023, las fuerzas israelíes son responsables del mayor número de ataques a instalaciones de salud y de muertes entre el personal humanitario; de hecho, el TPO se ha convertido en el contexto con más trabajadores médicos y humanitarios muertos (y en niveles sin precedentes) desde que las bases de datos consultadas comenzaron a llevar registros. Mientras que la violencia estatal contra el personal médico y humanitario en otros contextos ha sido objeto de condena e incluso sanción, el Gobierno de Israel ha exhibido una impunidad sin precedentes, posibilitada por aliados que juraron «respetar y hacer respetar» el mismo derecho internacional humanitario que agoniza con cada ataque a los lugares que hasta hace poco se reclamaban como protegidos.

Las percepciones y algunas estadísticas sugieren que los riesgos asumidos por el personal nacional están en aumento. Establecer conclusiones más contundentes requeriría abordar distintos elementos de análisis, que incluyen la ausencia de denominadores; el subregistro que afecta al personal local; las tendencias que afectan de manera diferente a países específicos (con Palestina concentrando buena parte del aumento en las estadísticas); el impacto de los recortes en la financiación de la asistencia humanitaria y la reducción de la presencia de organizaciones internacionales (los equipos de respuesta local asumen el grueso de la respuesta humanitaria, y la tendencia es al alza); los niveles crecientes de impunidad percibidos en relación con los ataques a la acción humanitaria (destaca el caso del Gobierno de Israel y las reacciones de sus aliados) o la transferencia de riesgos que resulta de la menor tolerancia al riesgo de las organizaciones humanitarias, lo que ocasiona vacíos internacionales en la cobertura de la respuesta y mayor dependencia de las organizaciones locales. Con todo, **el personal contratado localmente paga, cada vez más, las consecuencias**. También lo hacen en cuanto parte de la comunidad, a la que el derecho y la moral internacional parece proteger cada vez menos.

Según el DIH, el «transporte sanitario» debe ser respetado y protegido por las partes en conflicto armado.[217] Esto incluye cualquier vehículo destinado exclusivamente al transporte de

enfermos y heridos en situaciones de conflicto armado. Al igual que en el caso de las instalaciones médicas, estos transportes solo pierden su protección si cometen «actos perjudiciales para el enemigo» fuera de su función humanitaria. Se requiere mayor atención para salvaguardar los movimientos médicos y humanitarios, a fin de que el personal pueda desempeñar su función vital.

Los ataques contra el personal sanitario y humanitario no pueden convertirse en la nueva norma. Este artículo argumenta que se necesitan urgentemente mayores esfuerzos para exigir responsabilidades a los perpetradores, incluso cuando los ataques son cometidos por Estados. Se debe prestar especial atención a la seguridad del personal contratado localmente, que se ve aún más vulnerada por la impunidad y la falta de visibilidad internacional. También crucial es la protección de las misiones médica y humanitaria en su totalidad, incluyendo la protección, a menudo descuidada, de los movimientos y medios de transporte.

Sin medidas decisivas, seguirán erosionándose los fundamentos que sustentan la acción humanitaria y la atención médica

El 22 de septiembre de 2025, más de cien Estados firmaron una declaración ministerial en la que reafirmaban su apoyo a la protección del personal humanitario, incluyendo al personal nacional y local, y reconocían explícitamente la necesidad de «revertir las tendencias mortíferas que afectan a la seguridad del personal humanitario».[218] Estas declaraciones son un buen paso, pero en MSF creemos que las acciones hablan más que las palabras. Si no se toman medidas decisivas ahora, corremos el riesgo de que sigan erosionándose las normas fundamentales que sustentan la acción humanitaria, la atención médica y la protección de las comunidades a las que servimos. Ahora es, de verdad, el momento de actuar.