

Centro Johns Hopkins para la Salud Humanitaria – Comisión *Lancet* sobre salud, conflicto y desplazamiento forzado: salud en un mundo de crisis e impunidad

Paul Spiegel*†, Esperanza Martinez‡, Orit Abraham§, Chi-Chi Undie¶, Chiara Altare, Benjamin Schmid, Aula Abbara†, Awsan Bahattab§, Ietza Bojorquez†, David Cantor†, Rosemary Jouhaud§, Kemish Kenneth Alier†, Daniel Maxwell†, Andres Moya†, Eray Ontas§, Sabina Faiz Rashid†, Malavika Rao§, Hugo Slim†, Arwa Abdelhay†, Huda Basaleem†, Ghislain Bisimwa†, Fouad M Fouad†, Joanne Liu†, Nicolas Meda†, Sara Pantuliano†, Muhammad Zaman†, Munzer Alkhalil§, Kathryn Falb§, Kerrie Holloway§, Ishrat Jahan§, Thaenpaavai Kannan§, Helen Lindsay§, Pacifique Mwene-Batu§, Farzana Misha§, Iwona Anna Bielska§, Koiti Emmily Nasunbga Modi§, Stella Muthuri§, Moumini Niaoné§, Ibrahim R Bou-Orm§, César Rodríguez, Alina Sadaf§, Altaf Saadi§, Camila Polinori, Caroline Perrin Franck, Vinay Kampalath, Jonathan Polonsky, Mirana Michelle Randriambelonoro, Karl Blanchett†¶¶

Resumen ejecutivo

Un sistema humanitario en crisis que cuesta vidas humanas

“Siempre llaman al diálogo y a reuniones, pero uno, como miembro de la comunidad, no tiene voz”

Mujer refugiada, Uganda

Tanto la salud como los derechos humanos están siendo desmantelados globalmente a plena vista y con una impunidad que va en aumento, impulsados por la fragmentación geopolítica, erosión del estado de derecho, y enfoques transaccionales de la asistencia y la seguridad, que socavan la protección y la responsabilidad. Las muertes relacionadas con los conflictos se duplicaron entre el 2021 y el 2024, y cerca de 239 millones de personas requieren asistencia humanitaria en el 2026. Los sistemas de salud y el ecosistema humanitario destinados a proteger la salud y la vida están cediendo ante la escala, duración, y complejidad política de las crisis contemporáneas.

El derecho internacional y los principios humanitarios están siendo violados cada vez más con impunidad, y la población civil está pagando el precio. En 2024, la obstrucción y la violencia contra los servicios de atención en salud alcanzaron el nivel más alto jamás registrado, con 3.663 incidentes documentados. Las protecciones para los civiles, personas desplazadas por la fuerza, y trabajadores humanitarios son vulneradas de forma rutinaria. La asistencia humanitaria está siendo instrumentalizada con fines políticos y militares, el acceso es manipulado, y los profesionales de salud son encarcelados o asesinados por brindar atención imparcial.

Las necesidades humanitarias han sobrepasado un modelo de financiamiento politizado, frágil, y estructuralmente inadecuado. En 2025, el Panorama Global Humanitario se redujo a mitad de año de 44.000 millones de dólares a 29.000 millones de dólares, con solo el 55% financiado para finales del año. Para el 2026, un Panorama disminuido e hiper-priorizado requiere 33.000 millones de dólares, de los cuales 23.000 millones se necesitan para atender necesidades potencialmente mortales. Para contextualizar, esto equivale aproximadamente al 1% del gasto militar global anual. El resultado es un racionamiento estructuralmente deliberado: la asistencia se redujo de 239 millones de personas en necesidad a 87 millones seleccionadas para recibir asistencia que salva vidas. Esta

limitada priorización se ha convertido en un mecanismo para legitimar el abandono en lugar de mitigar el daño, reflejando un sistema organizado en torno al control de los donantes, las prioridades geopolíticas, y la transferencia de riesgo a los civiles.

El panorama de la gobernanza y el financiamiento está abiertamente politizado, con el presupuesto humanitario y de salud global cada vez más marcado por las prioridades de seguridad nacional y política exterior que por necesidades humanitarias. La retirada de donantes, los recortes presupuestarios, y un financiamiento estrictamente condicionado han reconfigurado aún más la financiación humanitaria y de salud pública en un instrumento de política estatal. Un sistema gobernado de esta forma no se corregirá por sí mismo: la exclusión se normaliza, la responsabilidad se reduce al mero cumplimiento, y la salud humanitaria se vuelve cada vez más selectiva y menos confiable, dejando necesidades a gran escala fuera de los planes de respuesta.

Las consecuencias para la salud de la población son inmediatas y acumulativas. En contextos de conflicto y desplazamiento, el exceso de mortalidad se debe menos a la violencia directa que a la ruptura de servicios de salud esenciales, funciones de salud pública, y los determinantes sociales de la salud. Interrupciones en la vacunación, la atención primaria, los servicios maternos y neonatales, y en la continuidad de la atención para condiciones crónicas, convierten enfermedades manejables en discapacidad y muertes prevenibles. Con los avances en medicina, salud pública y tecnología, estos resultados son evitables en el siglo XXI. Sin embargo, persisten porque la inequidad, el debilitamiento del compromiso político y la subinversión sistemática han erosionado los sistemas necesarios para prevenir, absorber, y recuperarse de las crisis.

El resultado es previsible: el derecho internacional se despoja de consecuencias, los principios humanitarios son selectivamente aplicados, y la sobrevivencia es deliberadamente racionada en lugar de garantizarse sobre la base de derechos y necesidades. Un sistema humanitario que no puede proteger a los civiles y la atención en salud conforme al derecho internacional y los principios humanitarios ya no sirve su propósito. Estos patrones no son incidentales, sino que reflejan cómo el poder, los recursos, y los mecanismos de responsabilidad son estructurados en todo el sistema humanitario, y cómo se toman decisiones operativas en condiciones de restricciones políticas.

Published Online

May 19, 2026

[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(26\)00564-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(26)00564-7)

50140-6736(26)00564-7

*Chair

†Co-Chair

‡Commissioner

§Next Generation Scholar

¶Senior author

Department of International Health and Center for Humanitarian Health, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA (Prof P Spiegel MD, O Abraham MD, C Altare PhD, K K Alier MPH, K Falb ScD, C Polinori MPI); College of Law, Governance, and Policy, The Australian National University, Canberra, ACT, Australia (Prof E Martinez MD); Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Boston, MA, USA (O Abraham, A Saadi MD); Baobab Research Programme Consortium, Population Council, Nairobi, Kenya (C-C Undie PhD, S Muthuri PhD); Geneva Centre of Humanitarian Studies, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland (B Schmid MSc, R Jouhaud MDRes, V Kampalath MD, J Polonsky PhD, Prof K Blanchet PhD); Department of Infectious Diseases, Imperial College London, London, UK (A Abbara MDRes); Department of Community Medicine and Public Health, Faculty of Medicine and Health Sciences, University of Aden, Aden, Yemen (A Bahattab PhD); Center for Research and Training in Disaster Medicine, Humanitarian Aid and Global Health, Department for Sustainable Development and Ecological Transition,

Università del Piemonte Orientale, Novara, Italy (A Bahattab); Department of Population Studies, El Colegio de La Frontera Norte, Tijuana, Mexico (Prof I Bojorquez PhD); Refugee Law Initiative, School of Advanced Study, University of London, London, UK (Prof D Cantor PhD); Feinstein International Center, Friedman School of Nutrition Science and Policy, Tufts University, Boston, MD, USA (Prof D Maxwell PhD); School of Economics, Universidad de los Andes, Bogotá, Colombia (A Moya PhD); Department of Public Health, Ankara University Faculty of Medicine, Istanbul, Türkiye (E Ontas MD); BRAC James P Grant School of Public Health and Center of Excellence for Gender, Sexual and Reproductive Health and Rights, BRAC University, Dhaka, Bangladesh (Prof S F Rashid PhD, I Jahan MSc); Cambridge Centre for Environment, Energy and Natural Resource Governance, University of Cambridge, Cambridge, UK (M Rao PhD); Las Casas Institute for Social Justice, Blackfriars Hall, University of Oxford, Oxford, UK (H Slim PhD); Chemical and Pharmaceutical Engineering Department, School of Applied Medical Sciences, German Jordanian University, Amman, Jordan (Prof A Abdelhay PhD); Department of Community Medicine and Public Health, Faculty of Medicine and Health Science, University of Aden, Aden, Yemen (Prof H Basaleem PhD); Ecole Regionale de Santé Publique, Université Catholique de Bukavu, Bukavu, Democratic Republic of Congo (Prof G Bisimwa PhD, P Mwene-Batu PhD); International Public Health, Liverpool School of Tropical Medicine, Liverpool, UK (Prof F M Fouad MD, I R Bou-Orm MD); Department of Epidemiology and Population Health, Faculty of Health Sciences, American University of Beirut, Beirut, Lebanon (Prof F M Fouad); School of Population and Global Health, McGill University, Montreal, QC, Canada (Prof J Liu MD); Centre Hospitalier Universitaire Sainte-Justine, University of Montreal, Montreal, QC, Canada (Prof J Liu); Département de Santé Publique, Unité de Formation

Lo que esta Comisión ofrece y el cambio de poder que requiere

Esta Comisión tiene tres objetivos principales: diagnosticar las barreras sistémicas y las condiciones propicias que moldean la acción humanitaria en salud, centrar las prioridades y la dignidad de las comunidades afectadas por conflicto y desplazamiento forzado como punto de referencia para el cambio, y formular recomendaciones orientadas al futuro, basadas en evidencia y ancladas en realismo y ambición. Estos objetivos requieren acción urgente. Esta Comisión no es otro llamado a hacerlo mejor; es una exigencia de actuar diferente, y de hacerlo ahora. Décadas de diagnósticos, marcos de trabajo y promesas han fallado en detener crisis cada vez más profundas, una impunidad creciente, y un compromiso político en colapso. El Panorama Global Humanitario 2026 confirma que, incluso con el máximo nivel de ambición, el sistema ahora opera como un sistema de triaje para la sobrevivencia en lugar de una protección universal. En este contexto, la reforma incremental no es solo insuficiente; es peligrosa.

Esta Comisión propone un programa de transformación audaz, integrado, secuenciado y orientado a la ejecución, basado en un cambio deliberado de poder y recursos hacia las poblaciones afectadas y los actores localmente legítimos. Esto no es un menú de opciones, sino un marco de trabajo coherente diseñado para ser operacionalizado, medido, y aplicado, teniendo en cuenta explícitamente las resistencias políticas y las dinámicas desiguales de poder. Esta propuesta se implementa a través de una matriz de decisiones estructurada y específica para cada contexto, que guía la toma de decisiones a lo largo de contextos de crisis, condiciones de gobernanza, y niveles de capacidad de los sistemas. Las comunidades se sitúan en el centro, y la protección, la responsabilidad, el riesgo climático, y las obligaciones éticas son tratadas como elementos no negociables. La descolonización se hace práctica mediante una localización con autoridad efectiva.

El marco de trabajo de la Comisión se fundamenta en una tipología simplificada que distingue entre crisis agudas, crisis agudas en contextos prolongados, y crisis prolongadas, reconociendo que la mayoría de las necesidades humanitarias de salud surgen actualmente en crisis agudas sobre prolongadas y prolongadas. La gobernanza, el financiamiento, y el relacionamiento externo deben, por tanto, calibrarse conjuntamente para cada tipo de crisis, usando la matriz de decisiones para evitar modelos predeterminados de coordinación, financiamiento e implementación. La tipología sirve como marco organizador para definir y operacionalizar, a lo largo de esta Comisión, el poder, el financiamiento y los mecanismos de responsabilidad de los sistemas de salud.

Esta Comisión reexamina los principios humanitarios como instrumentos prácticos para orientar la acción, más que como una doctrina abstracta. La humanidad y la imparcialidad se reafirman como principios no negociables. La neutralidad y la independencia se entienden como herramientas basadas en el mandato y adaptadas al contexto para facilitar el acceso y la aceptación en muchos entornos operativos, y no utilizados para excluir a actores que prestan asistencia imparcial. Junto a estos, la Comisión incorpora el principio de no hacer daño, la solidaridad y la responsabilidad como principios contemporáneos

fundamentales adicionales para orientar la toma de decisiones operativas y los mecanismos para hacerlos cumplir. La responsabilidad se extiende más allá de las obligaciones legales para incluir la responsabilidad por acciones basadas en evidencia, la efectividad, la continuidad de la atención y resultados medibles.

La salud se define de manera amplia, abarcando la atención clínica, la salud pública, y los determinantes sociales de la salud, ya que los resultados en salud humanitaria son inseparables de los derechos, la dignidad, el género, la cultura y las condiciones de vida. Si una intervención mantiene a las personas con vida y protegidas, constituye salud humanitaria.

Esta Comisión traduce este marco de trabajo en acción a través de cinco ejes estratégicos (panel 1): derecho internacional, principios humanitarios, gobernanza, financiamiento, y sistemas de salud. Cada eje incluye recomendaciones accionables diseñadas para convertir compromisos en cambios exigibles en contextos marcados por resistencia política, coerción e impunidad.

Poder, decisiones y responsabilidad: una teoría del cambio pragmática

La Comisión es explícita en que las ideas por sí solas no transformarán el sistema; el poder lo hará. El momento actual –definido por la contracción presupuestaria, el financiamiento controlado por los donantes, y el repliegue institucional– genera tanto un riesgo agudo como una estrecha ventana de oportunidad para la transformación. Las reformas del pasado fueron diluidas o neutralizadas porque no confrontaron la manera en que los incentivos de los donantes, los mandatos institucionales, y las prioridades geopolíticas moldean las decisiones en la práctica. Como elemento novedoso, esta Comisión propone un conjunto de cuatro recomendaciones generales para la transformación, interdependientes y mutuamente reforzadoras; trata la resistencia al cambio transformacional como una condición estructural del sistema, y no como una aberración; e incorpora explícitamente las restricciones políticas y las estructuras de incentivos dentro de su teoría del cambio.

Primero, invertir el poder desplazando la gobernanza, el financiamiento y la toma de decisiones hacia las comunidades afectadas y los actores localmente legítimos, y transformando las estructuras humanitarias existentes. Segundo, acabar con la impunidad mediante responsabilidad exigible ante las poblaciones afectadas a través del derecho, la ética, los principios humanitarios y la acción, reconociendo estos mecanismos como una función continua que abarca la gobernanza, el financiamiento, la coordinación y la implementación. Tercero, corregir el financiamiento garantizando que los recursos financieros humanitarios estén basados en necesidades, sean justos y flexibles, y apoyen la toma de decisiones a nivel local, impulsando así resultados equitativos en salud y protegiendo la asignación de recursos de la distorsión política. Cuarto, defender la salud para todos como un derecho no negociable mediante la prestación de atención en salud equitativa, segura, resiliente al clima y anclada localmente en contextos de crisis, con enfoques diferenciados para las poblaciones que enfrentan mayores riesgos y vulnerabilidades (panel 2).

El marco conceptual de esta Comisión y su matriz de decisiones específica para cada contexto, junto con las

Panel 1: Cinco ejes estratégicos para transformar la salud humanitaria

El derecho internacional y el imperativo de salud en conflicto armado: de los compromisos al cumplimiento y la responsabilidad.

El derecho internacional es fundamental para proteger a la población civil y la atención en salud en los conflictos; sin embargo, las violaciones que afectan a la salud son generalizadas y, en gran medida, carecen de consecuencias. Los mecanismos para hacer cumplir estas obligaciones son débiles, la responsabilidad está fragmentada las obligaciones jurídicas rara vez se evalúan en función de los resultados de salud de la población o de la continuidad de la atención. Avanzar requiere tratar el derecho internacional como un instrumento operativo, fortalecer la documentación y la aplicación, vincular las violaciones a consecuencias políticas y financieras, y utilizar los resultados de salud como indicadores concretos de cumplimiento.

Acción humanitaria basada en principios: navegar ideales y realidades emergentes.

Los principios humanitarios son fundamentales, pero se invocan cada vez más de manera retórica y su aplicación en la práctica sigue siendo inconsistente. La presión política, las restricciones de seguridad y la aversión institucional al riesgo han vaciado de contenido estos principios, particularmente la neutralidad y la independencia, facilitando con frecuencia la exclusión o la inacción. La respuesta consiste en operacionalizar los principios como reglas para la toma de decisiones, reafirmar la humanidad y la imparcialidad como principios no negociables, aplicar la neutralidad y la independencia de manera contextual para facilitar el acceso y la aceptación, e incorporar el principio de no hacer daño, la solidaridad y la responsabilidad en la práctica y en los procesos para hacerlos cumplir.

De la herencia institucional a la legitimidad: una nueva arquitectura para la gobernanza humanitaria y de la salud.

La gobernanza humanitaria y de salud sigue dominada por instituciones heredadas cuya autoridad con frecuencia carece de legitimidad local y de responsabilidad. La toma de decisiones centralizada, los sistemas paralelos y los mandatos poco claros fragmentan las responsabilidades y debilitan el liderazgo nacional y local, particularmente en las crisis prolongadas. La respuesta consiste en transferir el poder hacia las comunidades afectadas y los actores localmente legítimos, clarificar roles y responsabilidad

en los distintos tipos de crisis, y establecer mecanismos de entrada, transición y salida con plazos definidos para los actores internacionales.

Financiar la acción humanitaria futura: de un financiamiento politizado y de corto plazo hacia un financiamiento equitativo, predecible y basado en necesidades.

El financiamiento humanitario está determinado por la concentración de donantes, las prioridades políticas y los ciclos a corto plazo, más que por las necesidades de salud de la población. La asignación condicionada de fondos, la volatilidad y la imprevisibilidad distorsionan las prioridades, socavan la continuidad de la atención y transfieren el riesgo hacia las poblaciones afectadas y los sistemas de salud frágiles. Avanzar requiere reconfigurar el financiamiento para responder a necesidades previamente evaluadas y criterios de equidad, reducir la concentración de donantes y la asignación condicionada, y ampliar mecanismos de financiamiento predecibles, plurianuales y mancomunados que respalden la toma de decisiones con responsabilidad a nivel local.

Sistemas de salud para las crisis: de la respuesta de emergencia a la preparación, la continuidad, la recuperación y la innovación.

La acción humanitaria en salud continua excesivamente centrada en la prestación de servicios a corto plazo, en lugar de sostener los sistemas de salud a lo largo de los ciclos de crisis. La fragmentación, la interrupción del financiamiento, la pérdida de personal, la débil integración y las limitadas capacidades digitales afectan la continuidad, la calidad y la resiliencia, especialmente en las crisis prolongadas. Las tecnologías emergentes y la inteligencia artificial ofrecen oportunidades importantes para mejorar la alerta temprana, el triaje, las cadenas de suministro, el apoyo a la toma de decisiones clínicas y la planificación de sistemas; sin embargo, sin acceso equitativo, regulación y responsabilidad, también pueden profundizar la exclusión y el riesgo. La respuesta consiste en priorizar la protección de los sistemas de salud, garantizar la continuidad y la calidad de la atención, integrar los sistemas humanitarios y nacionales donde sea factible, e invertir en preparación, capacidad del personal, servicios resilientes al clima y capacidades digitales y de inteligencia artificial con gobernanza ética, que apoyen sistemas de salud más resilientes, adaptativos y con responsabilidad exigible.

recomendaciones correspondientes a cada uno de los cinco ejes estratégicos, sustentan una lógica de acción deliberadamente secuenciada. El poder debe primero transferirse a las poblaciones afectadas y los actores localmente legítimos, porque la exclusión en la toma de decisiones socava la justicia, la equidad, la efectividad, y la sostenibilidad. Este cambio no puede sostenerse sin responsabilidad creíble y consecuencias exigibles a lo largo de toda la cadena de actores, incluidos los estados, las autoridades de facto, los donantes, las agencias de

Naciones Unidas, y las organizaciones humanitarias. Sin un compromiso y una participación política sostenidos, los mecanismos de responsabilidad no pueden implementarse; en su ausencia, el cambio sigue siendo simbólico. El financiamiento debe entonces reconfigurarse para responder a las necesidades, y no a intereses políticos o institucionales, mediante mecanismos justos, flexibles, y con responsabilidad exigible, que además apoyen la toma de decisiones liderada localmente. Solo sobre esta base puede defenderse en la práctica la salud para todos

et de Recherche en Sciences de la Santé, University of Ouagadougou, Ouagadougou, Burkina Faso (Prof N Meda PhD, M Niaoné MD); ODI Global, London, UK (S Pantuliano PhD); Center on Forced Displacement, Department of Biomedical Engineering, Boston University, Boston, MA, USA (Prof M Zaman PhD, H Lindsay MPH); David Nott Foundation Analysis, David Nott Foundation, London, UK (M Alkhalil MD); Syria Public Health Network, London, UK (M Alkhalil); Humanitarian Policy Group, ODI Global, London, UK (K Holloway PhD); Care and Public Health Research Institute, Department of Health, Ethics and Society, Maastricht University, Maastricht, Netherlands (I Jahan); Fletcher School of Law and Diplomacy, Tufts University, Boston, MA, USA (T Kannan MA); BRAC James P Grant School of Public Health and Climate Change, Environment and Health Hub, BRAC University, Dhaka, Bangladesh (F Misha PhD); Department of Health Policy and Management, Institute of Public Health, Jagiellonian University, Krakow, Poland (I A Bielska PhD); Department of Health Research Methods, Evidence and Impact, McMaster University, Hamilton, ON, Canada (I A Bielska); Juba Strategic Consulting, Juba, South Sudan (K E Nasunbga Modi MD); Department of Health Behavior and Society, Johns Hopkins Bloomberg School of Public Health, Baltimore, MD, USA (M Niaoné); Higher Institute of Public Health, Faculty of Medicine, Saint Joseph University of Beirut, Beirut, Lebanon (I R Bou Orrm); Department of Health Sciences, Universidad de las Américas Puebla, San Andrés Cholula, Puebla, Mexico (C Rodriguez PhD); Department of Paediatric Oncology, Shaukat Khanum Memorial Cancer Hospital and Research Centre, Lahore, Pakistan (A Sadaf MBBS); Geneva Digital Health Hub, Faculty of Medicine, University of Geneva, Geneva, Switzerland (C Perrin Franck PhD, M M Randriambelonoro PhD); Department of Pediatrics, University of Pennsylvania, Philadelphia, PA, USA (V Kampalath)

Correspondence to:
Prof Paul Spiegel, Department of
International Health and Center
for Humanitarian Health,
Johns Hopkins Bloomberg
School of Public Health,
Baltimore 21205, MD, USA
pbspiegel@jhu.edu

Panel 2: Cuatro recomendaciones centrales e interdependientes para la transformación sistémica de la acción humanitaria

Invertir el poder

Desplazar la gobernanza, el financiamiento y la toma de decisiones hacia las comunidades afectadas y los actores localmente legítimos, y transformar las estructuras humanitarias existentes.

- Centrar a las personas afectadas como tomadoras de decisiones y puntos de referencia.
- Situar la legitimidad percibida por la comunidad en el centro de la gobernanza.
- Hacer que el liderazgo externo sea excepcional, temporal y condicionado.
- Construir y apoyar sistemas nacionales de salud y protección social.
- Rediseñar la arquitectura humanitaria al servicio de la autoridad local y la responsabilidad.

Acabar con la impunidad

Hacer exigible la responsabilidad ante las poblaciones afectadas a través del derecho, la ética, los principios humanitarios y la acción, reconociendo estos mecanismos como una función continua que abarca la gobernanza, el financiamiento, la coordinación y la implementación.

- Situar la responsabilidad ante las poblaciones afectadas como elementos centrales, continuos y exigibles.
- Tratar los ataques de actores estatales y no estatales contra la población civil y la atención de salud, así como las violaciones de los principios humanitarios, como incumplimientos de obligaciones.
- Utilizar los resultados en salud y la continuidad de la atención como indicadores de cumplimiento.
- Fortalecer y articular mecanismos de responsabilidad nacionales, internacionales y políticos.
- Aplicar mecanismos de responsabilidad a lo largo de toda la cadena de actores y decisiones.

Corregir el financiamiento

Garantizar que el financiamiento humanitario esté determinado por las necesidades, sea justo, flexible y apoye la toma de decisiones con responsabilidad a nivel local, impulsando resultados equitativos en salud y protegiendo la asignación de recursos de la distorsión política.

- Desvincular el financiamiento de la política y anclarlo en las necesidades, el riesgo y la equidad.
- Utilizar el financiamiento para corregir las asimetrías de poder en la toma de decisiones.
- Alinear los horizontes de financiamiento con las realidades de las crisis prolongadas.
- Tratar el financiamiento como una herramienta para la responsabilidad y la protección.
- Garantizar que el financiamiento apoye la resiliencia futura, y no solo la respuesta.

Defender la salud para todos como un derecho no negociable

Prestar atención en salud equitativa, segura, resiliente al clima y anclada localmente en contextos de crisis, con enfoques diferenciados para poblaciones que enfrentan mayores riesgos y vulnerabilidades.

- Convertir el derecho a la salud en una regla operativa para la toma de decisiones.
- Priorizar la equidad y los servicios esenciales para quienes enfrentan mayores riesgos.
- Establecer la continuidad de la atención y la integración de sistemas como el enfoque predeterminado.
- Tratar la protección de la atención y del personal de salud como un derecho no negociable.
- Incorporar la resiliencia climática y la responsabilidad digital en los sistemas de salud.

como un derecho no negociable, orientando decisiones concretas sobre la prestación de servicios, la integración de sistemas, la protección, la continuidad de la atención, y el uso responsable de la tecnología en entornos altamente limitados y diversos tipos de crisis.

Esta Comisión ha diseñado deliberadamente estas recomendaciones desde una perspectiva multisectorial, basada en la experiencia de profesionales y personas afectadas por conflictos y desplazamientos forzados, para responder al doble desafío del aumento de las necesidades humanitarias y de un sistema de salud humanitaria que ya no es apto para su propósito ni sostenible (panel 2).

Esta agenda de transformación reconoce explícitamente un entorno geopolítico, financiero y ambiental cambiante y cada vez más complejo, que requiere transformaciones profundas y multidimensionales.

El análisis y las recomendaciones de esta Comisión están dirigidos a estados, actores no estatales, donantes, instituciones multilaterales, y líderes humanitarios, de salud y locales, cuyas decisiones determinan si la protección, la atención, y la responsabilidad se hacen efectivos o son

negados para las poblaciones afectadas por conflictos armados y desplazamientos forzados. Aunque no todos los elementos de estas recomendaciones podrán implementarse plenamente bajo las actuales dinámicas políticas y de poder, la profundidad de las fallas sistémicas hace que los ajustes incrementales no sean ni creíbles ni suficientes. Esta agenda requiere, por lo tanto, ambición moderada con realismo y una acción calibrada según lo políticamente posible, sin renunciar a lo moralmente necesario.

La implementación requerirá una secuenciación y priorización deliberadas, guiadas por la urgencia, la viabilidad política, las implicaciones en términos de recursos y el potencial de impacto sistémico, en lugar de intentar amplios cambios simultáneos de todo el sistema. Incluso en un panorama político fragmentado, sigue siendo posible lograr avances significativos si quienes detentan el poder actúan con mayor valentía, coherencia y responsabilidad.