



La guerra, también un problema de Salud Pública

J. M. Jansà

Servicio Epidemiología. Instituto Municipal de Salud Pública. Barcelona.

(War is also a Public Health problem)

En la última década, los conflictos armados a través de su presencia en los medios de comunicación se han incorporado a nuestra vida cotidiana, de modo que la población mundial del cada día más reducido Primer Mundo que «ve los toros desde la barrera», ha empezado a acostumbrarse a las imágenes y testimonios sobre la guerra y sus consecuencias, generándose en muchas personas un complejo proceso de compasión —necesidad de hacer algo, sensación de impotencia ante lo que se observa, implicación en alguna de las llamadas a la solidaridad por parte de los organismos implicados en la búsqueda de soluciones, agotamiento y olvido— tolerancia (en el sentido farmacológico del término).

Sobre la base de esta realidad, y a parte de las funciones de las Organizaciones No Gubernamentales de Ayuda Humanitaria y de los Organismos Internacionales de Naciones Unidas que se ocupan de estos temas, desde disciplinas como la salud pública, se plantean entre otras, las siguientes cuestiones: ¿qué se puede hacer ante situaciones de guerra y emergencia sanitaria? ¿Qué papel puede desempeñar un profesional de Salud Pública frente a las consecuencias sanitarias de un conflicto armado? ¿Qué experiencia existe y cuál es la que se requiere para implicarse en estos temas? ¿hacia dónde evolucionan estas situaciones?

Probablemente, más que respuestas concretas, lo más útil sea introducir elementos de reflexión y análisis que contribuyan a valorar lo que aporta y lo que puede aportar la salud pública a una realidad que se impone de modo alarmante en zonas cada vez más amplias del planeta. Con ello, cabe plantearse en primera instancia, que un conflicto armado conlleva generalmente la ruptura de circuitos sanitarios y la interrupción de medidas de Salud Pública, con frecuencia ya deficitarias previamente. En este punto, el papel de la salud pública debe centrarse en obtener una visión global de la situación, que vaya más allá de los análisis específicos sobre necesidades asistenciales inmediatas y al mismo tiempo, permita identificar los factores de riesgo existentes en una determinada población, con una gradación que permita planificar, priorizar y prever posibles situaciones críticas.

Un elemento fundamental en la realización de dichas aproximaciones, lo constituye la capacidad de comprender y asimilar lo que ocurre en un determinado con-

texto, evitando que la experiencia «más académica» u «occidentalizada» implique aproximaciones desde la autosuficiencia y la implantación de criterios y clichés preestablecidos. De este modo, los conocimientos técnicos unidos a la flexibilidad en la interpretación de cada realidad con sus prioridades, necesidades y posibilidades, deben servir para colaborar con los organismos e instituciones locales del lugar del conflicto, a través de la participación en los organismos de Naciones Unidas y las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) de Cooperación y Ayuda Humanitaria, implicadas en cada actuación, con el objetivo último de mejorar cada vez más la eficacia de las intervenciones.

En la historia más reciente, existen tres grandes conflictos bélicos que con su coste impagable de vidas humanas y su derroche de recursos de todo tipo, han contribuido a generar un amplio debate y un avance en la concienciación y conocimientos en el ámbito de la salud pública.

En primer lugar, hay que citar la llamada Guerra del Golfo en la que los ejércitos de Estados Unidos, Gran Bretaña y Canadá, desplazaron al sudeste Asiático, 697.000, 53.000 y 4.500 militares respectivamente entre agosto de 1990 y junio de 1991. En este conflicto se constató ya, que en términos de morbi-mortalidad, en las guerras de finales del siglo XX y principios del XXI, lo más seguro y con menos riesgo, resulte hacerse militar. En este caso, la aparición de múltiples trastornos entre estos veteranos de guerra (nada se sabe de la población iraquí), encuadrados en lo que se ha denominado el Síndrome de la Guerra del Golfo, han generado un amplio cuerpo de investigación, basado en buena medida en análisis medioambientales^{1,2}, a partir de la sospecha que la exposición a sustancias químicas con efectos tóxicos podría ser la causa de las alteraciones observadas. A pesar de ello, los múltiples estudios realizados, han resultado poco concluyentes y aunque se recomienda que debe protegerse a los militares de posibles futuros efectos como los ocurridos, sigue olvidándose el padecimiento de la población iraquí, que ni tan siquiera es mencionada como posible víctima de estas alteraciones.

En segundo lugar, el conflicto de Ruanda en 1994, caracterizado por los enormes desplazamientos de población, por la intensidad y crueldad de las masacres y por la aparición de brotes epidémicos de distinta mag-

nitud en los campos de refugiados, ofrece una perspectiva distinta sobre las consecuencias en salud pública de la guerra. A título de ejemplo cabe destacar lo ocurrido en la zona de Mugunga en Zaire en su frontera con Ruanda, donde se estima que 12.000 refugiados ruandeses murieron de cólera, con una tasa de letalidad diaria que alcanzó el 48% y donde entre otras causas se identificó la inadecuada experiencia de los trabajadores de salud³. En este caso, la vigilancia epidemiológica y la prevención y control de brotes epidémicos de enfermedades transmisibles como el Cólera o la Enfermedad Meningocócica⁴, constituyeron los elementos de Salud Pública más relevantes, ocurridos como consecuencia del conflicto.

Dentro de esta tríada destaca en tercer lugar, el conflicto de los Balcanes con su extensa trayectoria que iniciándose en 1991 (sus orígenes como en los anteriores ejemplos hay que situarlos más atrás) y manteniéndose vivo en la actualidad, ha aportado un amplio cuerpo bibliográfico que debería contribuir también a mejorar los conocimientos existentes en relación a los efectos sobre la salud provocados por las guerras, y las estrategias más adecuadas para superarlos⁵. Es probablemente esta guerra —todavía en fase de una verdadera resolución—, con su enorme complejidad y con las contradicciones que ha provocado y sigue provocando, la que ha generado una mayor proliferación de publicaciones^{6,7} y la que ha implicado a un mayor número de profesionales de la salud y también de otros ámbitos. La «marca» o patología estrella en este conflicto bélico, son sin lugar a duda los trastornos mentales, habida cuenta de la sutil estrategia seguida por los agresores, que ha implicado borrar las señas de identidad de sus víctimas a través de la destrucción de sus casas, sus documentos, sus fotografías y sus recuerdos familiares.

Todo ello, añadido a otros antecedentes algunos más lejanos como las guerras de Corea, Vietnam, Etiopía, Afganistán, Angola, Nicaragua y otros ocurridos en esta prolífica última década en Liberia, Somalia, Sudan, Mozambique, Azerbaijan, Sierra Leona, Georgia, Somalia, Sudan, Mali, Myanmar, Bhutan, Mozambique, Tadjikistan, Togo⁸, determinan que actualmente, exista una amplia reflexión teórica y práctica sobre cómo abordar estas situaciones.

Este esfuerzo de síntesis desarrollado desde la OMS, UNICEF, FAO y otros organismos de Naciones Unidas; desde O.N.G. como el Comité Internacional de La Cruz

Roja (C.I.C.R) y Médicos Sin Fronteras (M.S.F.) por citar a algunas de las más destacadas, así como desde universidades y centros académicos, se plasma en manuales con una visión eminentemente práctica de lo que debe hacerse desde la salud pública ante una guerra⁹ y en múltiples publicaciones —cada vez más frecuentes en las revistas científicas— que contribuyen a difundir el conocimiento sobre lo que ocurre en estas situaciones, introduciendo nuevos elementos que como los trastornos relacionados con la salud mental^{10,11,12}, habían sido poco reconocidos hasta ahora.

Los orígenes de todo conflicto bélico —aunque resulte obvio decirlo— se centran en cuestiones políticas y económicas, como detonantes de complejas situaciones históricas, sociales y culturales. Petróleo en Kuwait, Operación Turquesa e implantación de políticas occidentales en Ruanda —Burundi— (zona de los nueve Grandes Lagos), manipulación histórico religiosa en los Balcanes basada en una crisis política y económica, y un infinito etc. Con todo, se pone de manifiesto que desde donde a posteriori parte la ayuda, antes se gestó el conflicto, aunque los perfiles humanos de los actores implicados en ambas etapas sean distintos. Así, no debe olvidarse que por mucha y de muy buena calidad que sea la ayuda prestada para ayudar a las víctimas, siempre se desarrollará en el marco de la contradicción y la ineficiencia, siendo la única solución el desarrollo de estrategias de Prevención de Conflictos y el avanzar en lo que se ha denominado Democracia Preventiva.

A pesar de todo, conocedores de que esta es la vía, la realidad continúa imponiéndose con toda su crudeza y la necesidad de reflexión debe seguir acompañándose de la acción en todos los frentes. De este modo, en la medida que las guerras y sus escenarios se modifican constantemente y los trastornos y sus consecuencias por un lado se mantienen y por otro evolucionan presentando nuevas facetas, los profesionales de la salud deben seguir implicándose en el intento de paliar algunos de estos efectos. Dicho trabajo debe realizarse con una clara consciencia de sus limitaciones, con el mayor rigor profesional y con una amplia visión política, de denuncia hacia los agresores y de respeto hacia aquellas personas que más que enfermos, pacientes o elementos que contribuyen al cálculo de indicadores de salud, son ante todo personas, víctimas de una violación de sus derechos más esenciales como seres humanos, que requieren de nuestro apoyo afectivo tanto como de nuestro saber técnico y profesional.

Bibliografía

1. Lashof JC, Cassells JS. Illness Among Gulf War Veterans. Risk factors, Realities and Future Research. JAMA 1998;280: 1010-11.
2. Murphy MF. Gulf war Syndrome. There may be no specific

syndrome, but troops suffer after most wars. BMJ 1999;318: 274-5.

3. Siddique AK, Salam A, Islam MS, Akram K, Majumdar RN, Zaman K et al. Why treatment centres failed to prevent cholera deaths among Rwandan refugees in Goma, Zaire. Lancet 1995, 345:359-61.

4. Heyman SN, Ginosar Y, Niel L, Amir J, Marx N, Shapiro M et al. Meningococcal meningitis among Rwandan refugees: diagnosis, management, and outcome in a field hospital. *Int J Infect Dis* 1998; 3:137-42.
 5. Healing TD, Drysdale SF, Black ME, Buyers M, Acheson DE, Waldman R et al. Monitoring health in the War-affected areas of the former Yugoslavia, 1992-1993. *Eur J Public Hlth* 1996;6:245-251.
 6. Vuori H. Health under fire. The WHO in the former Yugoslavia. *Eur J Public Hlth* 1996;6:239-44.
 7. Editorial. Kosovo's refugees: from crisis to catastrophe. *Lancet* 1999;353:1199.
 8. Geiger HJ, Cook-Deegan RM. The Role of Physicians in conflicts and Humanitarian Crisis. Case Studies From the Field Missions of Physicians for Human Rights, 1988-1993. *JAMA* 1993;270:616-20.
 9. Perrin Pierre. Guerre et Santé Publique. Manuel par l'aide aux prises de décisions. Genève CIRC publications. 1995.
 10. De Jong K, Ford N, Kleber R. Mental Health care for refugees from Kosovo: the experience of Medecins Sans Frontières. *Lancet* 1999; 353: 1616-7.
 11. Agovino T. Caring for ethnic Albanians in Macedonia's refugee camps. *Lancet* 1999; 353:1701-3
 12. Shrestha NM, Sharma B, Van Ommeren M, Regmi S, Makaju R, Komproe I et al. Impact of Torture on Refugees Displaced Within the Developing World. Symptomatology Among Bhutanese Refugees in Nepal. *Jama* 1998; 280:443-8.
-