

## Salud pública y conflictos bélicos: las emergencias humanitarias complejas

Raul Allard Soto<sup>a</sup>, Pedro Arcos González<sup>b</sup>, Joaquín Pereira Candell<sup>c</sup>,  
Rafael Castro Delgado<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Licenciado en Derecho, Máster en Salud Internacional. Abogado de la Unidad de Asesoría Jurídica del Instituto de Salud Pública de Chile.

<sup>b</sup>Doctor en Medicina y Doctor en Salud Pública. Unidad de Investigación en Emergencia y Desastres (UIED). Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.

<sup>c</sup>Licenciado en Medicina, Máster en Salud Pública. Jefe de Área de Salud Internacional. Instituto de Salud Carlos III. Madrid.

<sup>d</sup>Doctor en Medicina. Unidad de Investigación en Emergencia y Desastres (UIED). Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.

### Resumen

Las emergencias humanitarias complejas (EC) son crisis que afectan a poblaciones civiles sometidas a violencia generalizada y llevan asociados desplazamiento poblacional e inseguridad alimentaria. Sus consecuencias son el completo deterioro de la situación sanitaria y un masivo incremento de mortalidad. Hoy hay en el mundo un promedio anual de 24 zonas en situación de EC –con una media de 300.000 personas afectadas por EC– que precisan ayuda internacional masiva para evitar la malnutrición y la muerte a corto plazo, y un total de 73 países en situación de EC potencial. En este trabajo se caracteriza el fenómeno de las EC, se estudia su epidemiología e impacto sobre la salud de las poblaciones afectadas y se plantean determinadas consideraciones metodológicas y de orden preventivo necesarias para el abordaje de este tipo de crisis desde el ámbito de la Salud Pública.

En el nuevo contexto en el que se producen las EC es imprescindible revisar los estándares epidemiológicos hasta ahora empleados en países pobres, para ampliar su aplicación a países más desarrollados que también sufren EC. Es preciso además mejorar la coordinación entre distintos actores y los métodos de evaluación de intervenciones de ayuda humanitaria. Por último, resulta urgente reforzar y reformular los sistemas de información en las EC para orientar mejor las actuaciones.

Ante la inminencia de una nueva EC en Irak, se plantea cual debe ser la implicación de los profesionales del sector salud en la prevención y respuesta a estas situaciones de crisis.

**Palabras clave:** Emergencias humanitarias complejas. Emergencias complejas. Consecuencia de conflictos armados.

### Summary

The Complex Humanitarian Emergencies (CHEs) are crisis that affect civil populations confronted to generalised violence, associated with forced population displacement and nutrition insecurity, leading to a general degradation of health conditions and producing a dramatic rise of mortality.

Currently 24 zones of complex emergencies are detected in the world with an average of 300.000 people affected who need massive international aid to avoid malnutrition and death, as well as 73 countries in potential CHE.

In this work the phenomenon of CHE is characterised, its epidemiological impact on affected populations is studied and several methodological and preventive considerations, which should not be excluded when approaching this type of crisis from a Public Health perspective, are proposed.

In this new context for CHE it is essential to review the epidemiological standards used up to date in poor countries in order to extend their application to more developed countries which also suffer CHEs. It is also necessary to improve co-ordination between different actors involved and the evaluation methods used in humanitarian aid interventions. Last but not least, it is urgent to reinforce and reformulate CHE information systems in order to better aim interventions.

Facing an imminent new CHE in Iraq, the role of health professionals in prevention and response to these crisis situations is questioned.

**Key words:** Complex humanitarian emergencies. Complex emergencies. Impact of armed conflict.

## Introducción

Algunos de los problemas de Salud Pública Internacional de mayor trascendencia siguen estando relativamente ausentes de la agenda de debate de la Salud Pública española, a pesar de su creciente presencia en los medios de comunicación y del mayor interés del público por muchos de ellos, como son las emergencias complejas de Afganistán, Chechenia, los territorios ocupados por Israel en Palestina, Corea del Norte o Irak. En este sentido, el caso de las *emergencias humanitarias complejas*, o simplemente *emergencias complejas* (EC, en adelante), constituye un magnífico ejemplo de cómo nuestra visión de la salud pública sigue siendo aún marcadamente local.

En este trabajo se intenta caracterizar el fenómeno de la EC, estudiar su

epidemiología, poner de manifiesto su enorme impacto sobre la salud de las poblaciones afectadas, expresar la dificultad de desarrollar una metodología para su estudio, así como plantear determinadas consideraciones de orden preventivo que no deberían ser excluidas del abordaje de este tipo de crisis desde el ámbito de la Salud Pública.

El término *emergencia humanitaria compleja* o *emergencia compleja* es relativamente nuevo y comenzó a usarse en los años noventa<sup>1</sup>, especialmente en África, para caracterizar a aquellas situaciones de crisis que afectaban a poblaciones civiles sometidas a violencia generalizada –por conflicto civil o militar– y que llevaban asociados fenómenos de desplazamiento masivo de población e inseguridad alimentaria, cuyo resultado era un deterioro completo de la situación de sa-

lud de esa población y un masivo incremento de mortalidad.

Actualmente hay en el mundo un promedio anual de 24 zonas en situación de EC (Tabla I) en las que la OMS reconoce que una media de 300.000 personas afectadas por EC precisan ayuda internacional masiva para evitar la malnutrición y la muerte a corto plazo, así como un total de 73 países en situación de EC potencial<sup>2</sup>. Aunque las causas fundamentales de las EC pertenecen a la órbita político-económica (conflictos relacionados con el suministro energético, la posesión de recursos y bienes escasos o el dominio geoestratégico de un área), sus efectos sobre la salud de las poblaciones que las sufren son catastróficos y se sitúan muy por encima de los de la mayoría de las enfermedades en términos de mortalidad, morbilidad, colapso de los sistemas de atención sanitaria y prevención, degradación medioambiental, deterioro socio-económico y violación generalizada y sistemática de los Derechos Humanos.

Desde el punto de vista de la Salud Pública Internacional, la experiencia ha demostrado que las intervenciones de ayuda en situación de EC son, en el mejor de los casos, soluciones temporales y parciales y que estas acciones paliativas son inadecuadas a menos que las intervenciones sean cuidadosamente seleccionadas

Afganistan
Angola
Balcanes
Caucaso (Armenia, Azerbayán, Georgia)
Colombia
Congo
DRP Corea
Timor oriental
Etiopía-Eritrea
Grandes Lagos (Burundi, RD Congo, Kenia, Ruanda, Tanzania, Uganda)
Cuerno de África
Indonesia
Iraq
Territorios palestinos ocupados
Federación Rusa-Chechenia
Sierra Leona
Somalia
Sudan
Tayikistan

Fuente: Reliefweb (2003)

**Tabla I.** Zonas en situación de Emergencia Compleja (EC), 2003

y adecuadamente llevadas a cabo<sup>3</sup>. Los propios responsables del ACNUR (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados) señalaban, con ocasión del 50 aniversario de la organización, que “la acción humanitaria tiene un valor limitado si no forma parte de un marco político y estratégico más amplio que tenga como objetivo afrontar las causas fundamentales del conflicto”<sup>4</sup>. Por otro lado, actualmente las intervenciones de ayuda

de emergencia (ayuda humanitaria), incluso con las limitaciones señaladas, sólo se proporcionan a aquellas zonas que por sus recursos energéticos o situación geoestratégica tienen interés para los países donantes, haciendo tristemente real el hecho de que algunas víctimas sean más merecedoras de ayuda que otras<sup>5</sup>. De ello da prueba el hecho de que las áreas afectadas por mayores niveles de violencia y con mortalidad más elevada reciban menor número de programas de ayuda. Es decir, que en muchas de las situaciones de EC más graves donde fallecen hasta el 1 % de la población cada mes no hay operando ninguna agencia de ayuda<sup>6</sup>.

En la base del problema sin duda está el hecho de que la Salud Pública Internacional aún es relativamente incapaz de medir eficazmente las consecuencias que para la salud de las poblaciones tienen las EC, dadas las dificultades específicas que plantea la recogida de datos en estas situaciones, así como el hecho de que las EC aún no reciben la misma atención por parte de los investigadores en salud pública y políticas públicas de salud que han recibido otras causas de enfermedad y muerte<sup>7</sup>.

### **Enfoques y definiciones de las EC**

En general es posible diferenciar dos enfoques distintos en el análisis de las

EC. Quienes provienen del campo de la Salud Pública Internacional normalmente las conceptualizan como Emergencias Humanitarias Complejas o simplemente como Emergencias Complejas, poniendo así el énfasis en sus efectos y en el tipo de intervenciones sanitarias que se realizan para mitigar su impacto sobre la salud de las poblaciones. En cambio, los analistas e investigadores del área de las ciencias políticas las abordan como Emergencias Políticas Complejas o, simplemente, como nuevos conflictos armados, privilegiando el enfoque sobre los motivos que desencadenan este tipo de emergencias y resaltando menos la miseria y muerte que traen aparejadas.

Pocas veces es posible encontrar en un análisis una polarización tan evidente entre los que sólo ven las consecuencias y los que sólo se fijan en las causas de un fenómeno. Y, a pesar de ello, se trata de dos enfoques que necesariamente están obligados a converger. Especialmente, el sector de la Salud Pública Internacional debe involucrarse *políticamente* en la censura de estos conflictos armados y exigir su prevención, dado que son los sistemas de salud y las poblaciones más desfavorecidas (es decir, los principales núcleos de interés de organismos internacionales especializados como la OMS) quienes sufren sus efectos.

Aunque de esos dos enfoques se han derivado varios tipos de definiciones<sup>8,9</sup>, en la práctica convendría utilizar una sola definición que las integrara. Desde esta perspectiva, nosotros proponemos definir la EC como aquella situación que cumple los siguientes criterios:

- a) Afecta a una población civil numerosa.
- b) Tiene su origen en la competencia por el poder, por determinados recursos o por el dominio geoestratégico, étnico o cultural.
- c) Implica el uso de violencia generalizada civil o militar de duración prolongada, con violación sistemática de los Derechos Humanos.
- d) Produce el desmoronamiento de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales y su sustitución por formaciones sociales y económicas predatorias.
- e) Obliga al desplazamiento masivo de población.
- f) Conduce a la inseguridad alimentaria, la vulnerabilidad extrema de la población y la necesidad de ayuda externa masiva.
- g) Genera un aumento masivo de la morbilidad y mortalidad.

### **Epidemiología de las EC**

Existen al menos cuatro aspectos que definen hoy la tendencia epidemiológica

de las EC: el aumento en la incidencia, el aumento en la prevalencia, su patrón de distribución universal y el impacto creciente en términos de mortalidad.

El aumento en la incidencia significa que el promedio anual de áreas en situación de EC ha pasado de 5 a 20 en los últimos 30 años.

El aumento de la prevalencia se debe a su intrínseca tendencia a la cronicidad, favorecida por la cada vez más escasa implicación de la comunidad internacional en la adopción de acciones de prevención activa y también en parte al agotamiento de los financiadores.

La actual distribución universal implica la aparición de EC en zonas antes desarrolladas, frente al tradicional patrón de presentación en países en desarrollo. De hecho, aunque la mayor parte de las EC posteriores a la segunda guerra mundial tuvieron lugar en África, Oriente Medio, Asia y América Latina, desde el fin de la guerra fría y tras la desintegración de la Unión Soviética, han aparecido EC también en Europa (Tajikistan, Chechenia, ex-Yugoslavia, Nagorno-Karabaj, etc)<sup>10</sup>.

El aumento creciente de la mortalidad en las EC es consecuencia directa de un tipo de violencia dirigida fundamentalmente contra la población civil y, a menudo, relacionada con la competencia por la posesión de bienes estratégi-

cos. Por ejemplo, un análisis referido al año 2001 y realizado a partir de 11 encuestas de mortalidad de la zona Este de la República Democrática de Congo mostró un exceso de mortalidad de 2.5 millones de personas en sólo 32 meses de las que 350.000 fueron debidas a violencia directa<sup>11</sup> relacionada con la lucha por el acceso y el control del coltano (componente esencial de los teléfonos móviles)<sup>12</sup> y de sus reservas de oro, diamantes, manganeso, uranio y otros minerales. Ello ha sumido a este país en una guerra financiada por potencias extranjeras en que las empresas transnacionales mineras apoyan a los rebeldes o a las fuerzas gubernamentales para acaparar los mejores yacimientos, favoreciendo el ejercicio de una violencia generalizada sobre la población con un total desprecio de sus derechos fundamentales<sup>13,14</sup>.

Otro factor que favorece el aumento de mortalidad es la escasa e incoherente respuesta internacional a crisis incipientes de manera que, muchas veces, se favorece su aparición y desarrollo en vez de participar activamente en su prevención. De esta forma, el promedio anual de 25 a 35 conflictos, inicialmente de menor escala<sup>15</sup>, se transforman en EC con el consiguiente incremento en su mortalidad.

## Características de las EC

---

En general se puede decir que la naturaleza de los conflictos violentos ha cambiado y hemos pasado de una era de guerras a otra de EC. Los conflictos contemporáneos no corresponden a eventos con un inicio y un fin claramente delimitados, sino que son un elemento más dentro de un proceso más amplio de cambio social de carácter turbulento y discontinuo, resultado de una combinación de factores contingentes. Por ello, las EC combinan las siguientes características:

1. *Implican un conflicto armado, disturbio civil masivo o intervención militar, generalmente dentro de un Estado desestructurado o frágil.* Existe efectivamente una relación entre los conflictos violentos actuales y la carencia de estructuras estatales y, consecuentemente, de sistemas democráticos<sup>16</sup>. Aunque actualmente a las nuevas guerras se les califica de guerras internas o civiles o como conflictos locales de baja intensidad, tienen amplias repercusiones transnacionales. Por ello la distinción entre las clasificaciones de los conflictos como internos o externos, provocados por agresión (ataques desde el extranjero) o represión (ataques dentro del país), o incluso como locales y globales, es difícil de defender<sup>17</sup>.

2. *Las víctimas son mayoritariamente población civil*, de manera que las atrocidades contra la población no combatiente, los asedios y la destrucción del patrimonio histórico y cultural constituyen en la actualidad un elemento fundamental de las estrategias utilizadas por las nuevas modalidades bélicas. Las víctimas de los conflictos violentos actuales no son fundamentalmente soldados, sino civiles cuya identidades sociales, económicas y culturales son individualizadas y perseguidas sobre la base de su etnicidad. Así, mientras que al inicio del siglo xx el 90 % de las víctimas de los conflictos armados eran militares, actualmente la situación se ha invertido y el 90 % de las víctimas son civiles,<sup>18</sup> de todas las edades y de ambos sexos.

3. *Tienen causas políticas*, de manera que todas las EC son de origen político, por acción o por omisión, entendiendo por política todas aquellas actividades y procesos asociados al cambio o al mantenimiento de los patrones existentes de distribución del poder. De esta forma, la competencia por el poder o por recursos escasos configuran la dinámica central de los conflictos que generan una EC<sup>19</sup>.

4. *No son crisis aisladas*, sino fenómenos unidos a la globalización, la política exterior<sup>20</sup> y, muy fundamentalmente, a

los intereses económicos<sup>21</sup>. La globalización de las relaciones económicas, el crecimiento de la población en los países más pobres y la rápida urbanización condicionan una creciente demanda que conduce a una pugna por el control de recursos estratégicos, como el petróleo en Chechenia, el Cáucaso o Irak, y de determinados minerales de valor simbólico que sirven como inversión financiera (diamantes, esmeraldas y oro). Se generan así nuevas economías de guerra globalizadas, que en los países afectados tienen carácter descentralizado y que dependen en gran medida de los recursos externos.

5. *Comportan el desarrollo de estructuras sociales predatorias*. Las EC tienen a menudo una naturaleza étnico-nacionalista caracterizada por la lealtad exacerbada a un grupo social específico y por la agresividad hacia otros grupos sociales que conviven dentro del mismo Estado<sup>22</sup>. Estos grupos están frecuentemente manipulados por personas con intereses económicos en los conflictos, así como por oportunistas políticos.

6. *Generan un desplazamiento masivo de población*. Las EC comportan el éxodo y la migración de poblaciones impulsadas por la necesidad de buscar ayuda y, especialmente, por las prácticas de persecución y limpieza étnica<sup>23</sup>. Se originan

así oleadas de refugiados y desplazados internos que dan lugar a una fuerte desestructuración socioeconómica, difícil de revertir, con dramáticos efectos sobre la salud. Son ejemplos de ello las impresionantes migraciones masivas ocurridas en la década de los 90: en 1991 más de 1 millón de refugiados Kurdos abandonaron Irak hacia Irán o Turquía al finalizar la Guerra del Golfo; en 1993 hubo al menos 1.5 millones de refugiados o desplazados internos en las Repúblicas de la antigua Yugoslavia; y entre abril y julio de 1994 dos millones de refugiados Ruandeses emigraron hacia Tanzania, Zaire y Burundi.

7. Constituyen emergencias de Salud Pública de naturaleza catastrófica. Las EC son emergencias de cuantía catastrófica en que la mayor parte de las víctimas son civiles, primordialmente niños y adolescentes. Adquieren un carácter catastrófico, atendido a los múltiples efectos irreversibles que provocan en la salud de las poblaciones, mediante sus **impactos directos** (mortalidad, morbilidad, discapacidad, violencia sexual y violación de los derechos humanos) e **indirectos o secundarios** (desplazamiento masivo de población, penuria alimentaria y colapso de los sistemas básicos de salud). Cada uno de estos factores tiene consecuencias graves sobre la salud de la población

afectadas, de manera que las EC son hoy el problema de Salud Pública internacional de mayor alcance, dado que sus determinantes son internacionales y sobrepasan los marcos de actuación de los países individualizados.

8. *Tienen una tendencia temporal hacia la cronificación.* Considerando las características indicadas anteriormente no es extraño que las EC sean de larga duración. Muchas de ellas se mantienen varias decenas de años durante los que por su carácter multisectorial afectan a cada dimensión de la sociedad que las sufre<sup>24</sup>.

9. Están favorecidas por el colapso del sistema de seguridad colectiva internacional. En este sentido, las respuestas poco coherentes y erráticas del sistema internacional de intervención en conflictos, como las llevadas a cabo en cuatro significativas y recientes EC de enorme impacto sobre la Salud Pública (Ruanda en 1994, Bosnia-Herzegovina entre 1992 y 1995, Kosovo en 1999 y el largo conflicto Palestino-Israelí), muestran el colapso de la seguridad colectiva internacional en esta materia<sup>25</sup>. En Ruanda se dispuso de una fuerza de paz internacional extremadamente pequeña que, además, se redujo cuando empezó la guerra civil y el genocidio<sup>26</sup>. En Bosnia-Herzegovina se procedió a ataques aéreos de la OTAN sobre objetivos serbobosnios au-



torizados por el Consejo de Seguridad de la ONU. En Kosovo se procedió a ataques aéreos de la OTAN de gran envergadura, sin haber sido autorizados por el Consejo de Seguridad de la ONU<sup>27,28,29</sup> y en los territorios ocupados por Israel la inacción del sistema internacional permite el incumplimiento prolongado de antiguas resoluciones del Consejo de Seguridad de la ONU que le ordenan su retirada<sup>30,31</sup>.

### **Impacto de las EC sobre la Salud Pública**

---

A pesar de que son tareas propias de la Salud Pública intentar definir, explicar y afrontar las causas y consecuencias de la mortalidad y morbilidad de las poblaciones, su aplicación a las EC y en general a los conflictos es relativamente escasa y reciente. Probablemente se deba, por un lado, a la carencia de fuentes de datos y elementos estadísticos normalmente disponibles en sociedades libres de EC y por otro lado, a que sólo recientemente las definiciones acerca de los efectos en la salud de las poblaciones incluyen factores cuyas causas están enraizadas en la opresión política, la violencia estatal organizada y la guerra<sup>32</sup>. Por ello, aunque la frecuencia de las EC va en aumento, sus efectos directos y indirectos sobre

las poblaciones civiles continúan estando con frecuencia muy pobremente documentados, como ha ocurrido en las EC de Ruanda, Irak, Sierra Leona, Chechenia y los Balcanes<sup>33,34,35,36,37</sup>.

Los principales **impactos directos** de las EC actuales sobre la salud deben valorarse en función de la mortalidad, morbilidad y discapacidades que provocan, junto a la violencia sexual y las violaciones de derechos humanos que se ejercen deliberadamente sobre las poblaciones civiles. En este sentido, la Salud Pública como disciplina ha tardado bastante en reconocer la aguda carga de mortalidad y morbilidad provocadas por las EC como una preocupación relevante y una tarea propia<sup>38</sup>.

En las EC el desplome de los sistemas de información de las poblaciones afectadas hace que la mayoría de los análisis publicados sobre mortalidad se basen en informes de prensa, en afirmaciones de testigos presenciales y en declaraciones oficiales de los implicados<sup>39,40,41,42,43,44</sup>. Además, el análisis se complica aún más por las diferentes definiciones de conflicto utilizadas en las estadísticas disponibles. Como consecuencia de todo ello, en las diez EC con mayores cifras de mortalidad notificada en la última década del pasado siglo según las distintas fuentes, el total de muertes registradas va-

riaba en un rango tan amplio como de 1.440.000 a 7.370.000.

Si existen dificultades para tener estimaciones fiables de la mortalidad, más difícil resulta aun disponer de datos fiables sobre morbilidad y discapacidad provocada por las EC, así como de valoraciones sobre violencia sexual y de violaciones de derechos humanos producidos, aspectos todos ellos cada vez más relevantes por las características de las nuevas EC.

**Los efectos indirectos o secundarios** de las EC para la salud se deben al desplazamiento de poblaciones, la inseguridad y penuria alimentaria, el colapso de servicios preventivos y curativos básicos y la destrucción de infraestructuras. Cada uno de estos efectos trae aparejadas consecuencias desastrosas para la salud de las poblaciones como el aumento de incidencia de enfermedades infecciosas, la malnutrición, la interrupción de tratamientos médicos y cifras de mortalidad extremadamente altas.

Son también efectos indirectos de las EC sobre las poblaciones los secundarios a la destrucción del ecosistema biológico, que han recibido incluso menor atención por parte de los investigadores en salud pública<sup>45</sup>. Al menos cuatro tipos de operaciones frecuentes en las EC provocan impactos medioambientales prolongados con graves consecuencias para las pobla-

ciones: la producción y prueba de armas nucleares, el bombardeo aéreo y naval del territorio, la dispersión y proliferación de minas anti-personas y los efectos deliberados y colaterales de la destrucción y contaminación medioambiental por el uso y almacenamiento de sustancias químicas, toxinas y desechos militares.

### **Los retos para la investigación en Salud Pública de las EC**

---

Aunque la carga de sufrimiento humano directo e indirecto producido por las EC continúa siendo una prioridad para la Salud Pública Internacional, las dificultades para medir sus consecuencias son considerables por muchas razones. Destacaremos entre ellas las *carencias metodológicas*, la *inconsistencia en los términos y definiciones*, el *acceso restringido a las áreas de conflicto y a las fuentes de información*, la *rápida evolución de muchas emergencias*, la *manipulación política de los datos y estadísticas*, la *escasez de recursos y la propia naturaleza indirecta de muchos de los impactos*<sup>1</sup>.

### **El nuevo contexto de la Intervención Humanitaria**

---

Ante las especiales características de las EC señaladas anteriormente, es lógico

que las intervenciones sanitarias en esta área hayan experimentado importantes cambios por la presión de las nuevas situaciones a las que se enfrentan los profesionales de la Salud Pública. Algunos aspectos que deben recibir especial consideración son las siguientes:

### **1. El actual estándar epidemiológico requiere ser adaptado a nuevas realidades**

Desde un punto de vista epidemiológico, se ha transformado en práctica aceptada definir como EC una situación que implica guerra o disturbio civil masivo, inseguridad alimentaria y desplazamiento masivo de población, cuyo resultado es un exceso significativo de mortalidad<sup>46</sup>, definido convencionalmente como más de 1 muerte por cada 10.000 habitantes de una población al día. Este estándar requiere ser adaptado a nuevas realidades, entre otras razones porque: a) para ser aplicable a las EC ocurridas en países desarrollados, tal como la reciente crisis en la ex-Yugoslavia<sup>47</sup> cuya tasa bruta de mortalidad fue mucho menor que la registrada en las EC del África Subsahariana; b) deben incluirse también medidas de morbilidad, dado que las EC de Kosovo o Bosnia-Herzegovina no podrían ser definidas como tales atendido únicamente al estándar epi-

demiológico de mortalidad, y c) es necesario tener en cuenta que al ser los civiles las principales víctimas de la guerra, el trauma psicológico y los abusos de los derechos humanos tienen que ocupar una posición más destacada en la lista de prioridades de los trabajadores de la Salud Pública. No obstante, no existe suficiente información y falta consenso entre los profesionales y las agencias para el desarrollo de indicadores apropiados en el área de la salud mental. En este sentido, el uso de indicadores de salud mental de las poblaciones afectadas por una EC es un aspecto esencial para poder responder adecuadamente a sus necesidades<sup>48</sup>.

### **2. La implicación de los ejércitos en una nueva función humanitaria**

Con la modificación geopolítica acaecida en el orden mundial tras el fin de la guerra fría, organizaciones militares como la Organización del Tratado del Atlántico Norte (OTAN) y las Fuerzas de las Naciones Unidas han comenzado a responder a las EC, complicando aún más la difícil coordinación de respuestas de los distintos actores, incluidos las ONG y los trabajadores de derechos humanos, cada uno con diferentes prioridades y filosofías.

### **3. Una mayor atención a la evaluación de la asistencia humanitaria**

Las altas tasas de mortalidad prevenible que acompañaron a las epidemias masivas de cólera y shigellosis entre los refugiados rwandeses en Goma en 1994 captó la atención de los medios y de las agencias donantes e impulsó el debate sobre la calidad de las operaciones de asistencia humanitaria. La amplia evaluación sectorial de la respuesta humanitaria a la crisis del 1994 en Ruanda es aún hoy una excepción<sup>49</sup>. Un importante resultado de esta evaluación ha sido el Proyecto Esfera, que establece estándares mínimos en la respuesta a desastres<sup>50</sup>. Estos estándares constituyen importantes marcos de referencia, pero aún hoy adolecen de una base de evidencia sustancial y su aplicación se limita a ciertas situaciones como la de los campos de refugiados. En cualquier caso, no puede decirse que hoy por hoy exista una agencia internacional con la capacidad técnica y la autoridad moral necesaria para definir tal marco de referencia. La Organización Mundial de la Salud podría claramente desempeñar este papel<sup>51</sup>.

Las poblaciones afectadas por EC deben estar representadas y tener mayor peso a la hora de establecer el tipo de asistencia humanitaria que se les pro-

porcionará. Existen proposiciones para definir un cuerpo regulatorio que permita acreditar y auditar las organizaciones humanitarias y establecer cuales de ellas que no proveen servicios competentes.

### **4. Una base de conocimientos incompleta para la intervención humanitaria**

Como ya se ha señalado previamente, existen serias carencias para cuantificar de manera fiable las consecuencias mortales y no mortales de las EC. Además, muchos de los indicadores que actualmente se emplean fueron desarrollados basándose en las experiencias y en la información sobre las EC ocurridas en países poco desarrollados de África y Asia. Los recientes conflictos en los Balcanes, una región desarrollada, sugieren que algunos de los indicadores deben ser modificados, en tanto que otros deben ser diseñados para situaciones de EC en países con mayor nivel de desarrollo<sup>52</sup>. Queda mucho trabajo de investigación por realizar al respecto, pues para que las intervenciones en las zonas afectadas por EC sean más eficientes y seguras, los profesionales de la salud necesitan ampliar su base de conocimientos, incluyendo aspectos sobre el manejo integrado en transportes, logística,

comunicaciones, negociación y mediación, seguridad y derecho internacional humanitario.

## Conclusiones

Dado que el principio de la soberanía y la no injerencia en los asuntos internos de los Estados es actualmente mucho más flexible y menos dogmático que en la época de la guerra fría, *resulta más necesario que nunca la instauración de normas y mecanismos preestablecidos e institucionalizados que definan las reglas del juego internacionales en materia de conflictos y EC*. En este área, la Salud Pública Internacional debe tener una postura clara y definida, de la que actualmente adolecemos por carecer entre otras cosas de indicadores válidos y fiables que guíen las intervenciones.

Desde nuestro punto de vista, ambos enfoques (sociopolíticos y salubristas) no pueden éticamente permanecer separados por más tiempo. La intervención humanitaria para socorrer a los afectados y la asistencia en EC no pueden constituir “la” respuesta del sector salud a los conflictos armados y al resto de intereses económicos, políticos y de otra índole que las guerras llevan consigo.

La respuesta internacional tiene que basarse en un mandato múltiple, que per-

mita actuar en varios frentes al mismo tiempo. La acción humanitaria no debe separarse de actividades como el uso de la diplomacia de alto nivel, o incluso del uso de la fuerza armada para el mantenimiento de la paz o la provisión de escoltas de ayuda. Las dificultades de las respuestas ante situaciones complejas se ven con frecuencia acrecentadas por acabar entrelazándose y convirtiéndose en una parte más del problema, como ha ocurrido con las controvertidas intervenciones militares en las crisis.

A pesar de que las EC tienen efectos catastróficos sobre la salud de las poblaciones por la multiplicidad de efectos adversos que producen, no se han establecido y aplicado sistemas de medición de sus consecuencias adecuados. Estas carencias de la Salud Pública Internacional provocan que sus resultados catastróficos para las poblaciones no sean denunciados apropiadamente. Cuando como ahora (febrero de 2003) contemplamos impávidos nuestra limitaciones para denunciar y oponernos activamente a una nueva EC en ciernes –la invasión de Irak por el ejército norteamericano– deberíamos ser capaces de expresar más claramente que **no queremos más EC**. Una vez más, como a lo largo de toda su historia, la Salud Pública o es Salud Pública Internacional o no será nada.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Toole MJ, Waldman RJ, Zwi AB. Complex Humanitarian Emergencies. En: International Public Health, Diseases, Programs, Systems and Policies. Aspen Publication: Maryland (USA), 2001: 439-514.
2. Loretti A, Leus X, Van Holsteijn. Relevant in times of turmoil: WHO and public health in unstable situations. *Prehosp Sisast Med* 2001; 16 (4): 184-91.
3. Waldman, "Prioritising health care in complex emergencies", *Lancet*, 2001; 357: 1427-29.
4. ACNUR. La Situación de los Refugiados en el Mundo. Cincuenta Años de Acción Humanitaria. Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2000.
5. Burkle F. Lessons Learnt and future expectations of complex emergencies. *BMJ* 1999; 319: 422-6.
6. Roberts L. Little Relief for eastern democratic Republic of Congo. *Lancet*, 2001; 357: 1421.
7. Murray CJL, King G, Lopez AD, Tomijima N, Krug EG. Armed Conflict as a public health problem. *BMJ* 2002; 324: 346-9.
8. Waldman y Martone, "Public Health and Complex Emergencies: New Issues, New Conditions", *American Journal of Public Health*, 1999; 89: 1483-85.
9. Goodhand J, Hulme D. From Wars to complex political emergencies: understanding conflict and peace building in the new world disorder. *Third World Quarterly*, 1999; 20(2): 13-26.
10. Médecins sans Frontières. World in crisis. The politics of survival at the end of the twentieth century. New York: Routledge, 1997.
11. Roberts L. Mortality in Eastern Democratic Republic of Congo, results of 11 mortality surveys. IRC report, Final Draft 2001 (consultado 1/2/2002). Disponible en [www.theIRC.org/health/mortality\\_2001.cfm](http://www.theIRC.org/health/mortality_2001.cfm).
12. United Nations. Report of the panel of experts on the illegal exploitation of natural resources and other forms of wealth of the democratic Republic of the Congo. New York: United Nations Security Council, 2001.
13. Baracyetse P. La apuesta geopolítica de las transnacionales mineras en el Congo. En: *Alternativas Sur*, 2002; vol. 1: 163-78.
14. Lobo R. La ONU denuncia el saqueo de Congo por los países vecinos y 29 empresas y multinacionales. *El País*, 2002, Octubre 22; Internacional: 4.

15. National Defense Council Foundation World Conflict. List. (consultado 3/7/1998). Disponible en: [www.ndcf.org/97list.html](http://www.ndcf.org/97list.html); (accessed).
16. Aguirre M, González M. Políticas Mundiales Tendencias Peligrosas Anuario CIP 2001. Editorial Icaria, 2001.
17. Kaldor M. Las Nuevas Guerras. Kriterion Tusquets Editores, 2001.
18. UNDP, Human Development Report. Oxford and New York: Oxford University Press, 1994.
19. Lewer & Ramsbotham, "Something Must be Done"/Towards an Ethical Framework for Humanitarian Intervention in International Social Conflict. Peace Research Report Number 33, Department of Peace Studies, University of Bradford, 1993.
20. Duffield M. Global governance and the new wars. The merging of development and security. London: Zed Books, 2001.
21. Stewart F. Root causes of violent conflict in developing countries. BMJ 2002; 324: 342-5.
22. United Nations High Commission for Refugees. The State of the World's Refugees 1995: In Search of Solutions, Oxford: UNHCR/Oxford University Press, 1995.
23. Pérez de Armiño K. Diccionario de Acción Humanitaria y Cooperación al Desarrollo". Editorial Icaria, 2000.
24. D. Eade & S. Williams, The Oxfam Handbook of Development and Relief, Oxford: Oxfam (UK and Ireland), 1995.
25. Allard R. Emergencias Políticas Complejas: un Problema de Salud Pública (Tesis del Máster de Salud Internacional). Madrid: Instituto de Salud Carlos III, 2002.
26. United Nations. The United Nations and Ruanda (1993-1996). United Nations Department of Public Information, 1996.
27. Veiga F. "El arte de la improvisación: La intervención internacional en Bosnia y Kosovo, 1994-1999". En: Adam B, Bricmont J, Kohen G, et al. "Informe sobre el conflicto y la guerra de Kosovo". Ediciones del Oriente y del Mediterráneo, 1999; p. 313-350.
28. Kohen M. "El empleo de la fuerza y la crisis de Kosovo: hacia un nuevo de orden jurídico internacional". En: Adam B, Bricmont J, Kohen G, et al. "Informe sobre el conflicto y la guerra de Kosovo". Ediciones del Oriente y del Mediterráneo, 1999; p. 307-12.
29. Susan L. Woodward, "Humanitarian War: a New Consensus?". Disasters, 2001; 25(4): 331-44.

30. Chomsky Noam. Estados canallas. El imperio de la fuerza en los asuntos mundiales. Paidós, 2001.
31. Barreñada I. "Israel y Palestina: Los Pasos Atrás" En: Aguiere M, Gonzalez M. "Políticas mundiales, tendencias peligrosas" Anuario CIP 2001; p. 189-212.
32. Leaning L. Tracking the four horsement. The Public Health approach To the impact of war and war-induced environmental destruction in the Twentieth century. En: Austin JE, Bruch CE, ed. Environmental consequences of war. Enviromental Law indstitute, 2000; p. 384-401.
33. Noji E. The Public Health consequences of disasters. New York: Oxford University Press, 1997.
34. Toole MJ, Galson S, Brady W. Are war and public health compatible? Lancet 1993; 341: 1193-6.
35. Centers for Disease Control and Prevention. Status of public health: Bosnia and Herzegovina, August-September 1993. MMWR, 1993; 42: 973-82.
36. Levy B, Sidel V. War and public health. New York: Oxford University Press, 1997.
37. Ascherio A, Chase R, Cote T, et al. Effect of the Gulf War on infant and child mortality in Iraq. N. Engl J Med 1992; 327: 931-936
38. Rhodes R. "Man-Made Death: A Neglected Mortality", J. Am. Med. Ass'n 260 (1998), 686-87.
39. Seybolt TB. Major armed conflicts. En: SIPRI yearbook 2001: armaments, disarmament and international security. Oxford: Oxford University Press, 2001; 15-51.
40. Armed conflict report 2001. Waterloo, Canada: Project Ploughshares, 2001.
41. Singer JD, Small M. The wages of war, 1816-1965: a statistical handbook. New York: John Wiley and Sons, 1972.
42. Wallenstein P, Sollenberg M. Armed conflict, 1989-2000. J. Peace Res 2001; 38: 629-44.
43. EM-DAT: The OFDA/CRED international disaster database. Brussels: Université Catholique de Louvain, 2001.
44. Marshall M. Measuring the societal impact of war. En: Hampson FO, Malone D (eds). From reaction to conflict prevention: opportunities for the UN system. Boulder, CO: Lynne Rienner, International Peace Academy, 2001; p. 63-104.
45. Leaning J. "War and the Environment: Human Health Consequences of the environmental Damage of War". En: Chivian E, McCally M, Hu



- H, Haines A (eds). *Critical Condition: Human Health and the Environment*. Cambridge, Mass. MIT Press, 1993; pp. 123-37.
46. Toole MJ, Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *JAMA* 1990; 263: 3296-302.
47. Burkholder BT, Spiegel P, Salama P. Methods of determining mortality in the mass displacement and return of emergency-affected populations in Kosovo, 1998-1999. *Forced Migration and Mortality*. Washington, DC: National Academy Press, 2001; pp. 86-101.
48. Spiegel PB, Burkle FM Jr, Dey CC, Salama P. Developing public health indicators in complex emergency response. *Prehosp Disast Med* 2001; 16(4): 281-5.
49. Goma Epidemiology Group: Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July, 1994? *Lancet* 1995; 345: 339-44.
50. Sphere: humanitarian charter and minimum standards in disaster response. Geneva: Steering Committee for Humanitarian Response, 1998.
51. Sondorp E, Zwi A. Complex Political Emergencies. We can learn from previous crises. *BMJ* 2002; 324: 310-1.
52. Spiegel PB, Salama P. Emergencies in developed countries: Are aid organizations ready to adapt? *Lancet* 2001; 357(9257): 714.

