



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

SERIE | LA SALUD PÚBLICA EN LOS CONFLICTOS
BÉLICOS.
Volumen IV

Conflictos Bélicos y Salud Planetaria

Monografía SESPAS 2025





SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Autor

Joan Guix i Oliver.
Ex-Secretari de Salut Pública
Societat de Salut Pública de Catalunya i Balears

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

ISBN Volumen IV: 978-84-09-69588-1

Zaragoza, 2025

Maquetación: Gambón, S. A.



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Índice

| | | |
|------------|--|----|
| 01. | Resumen | 5 |
| 02. | Agradecimientos | 6 |
| 03. | El efecto mariposa..... | 7 |
| 04. | Salud internacional, salud global y salud planetaria | 9 |
| 05. | Vidas, guerras y Estado del Bienestar | 14 |
| 06. | Conflictos bélicos y salud | 18 |
| 07. | Mitigación de conflictos bélicos..... | 27 |
| 08. | Referencias..... | 32 |

01. Resumen

El efecto de los conflictos bélicos sobre las colectividades no se limita a las muertes, heridas y mutilaciones que puedan ocasionar sobre las personas, tanto militares como civiles, sino que va más allá, afectando también la salud de forma indirecta al impactar sobre el entorno y las relaciones sociales y económicas.

Los autores analizan el impacto de los conflictos bélicos, tanto los conflictos abiertos como los denominados conflictos híbridos, sobre la salud de las poblaciones.

Se revisan los conceptos de salud internacional, estrategia “One Health”, salud global y salud planetaria, concluyendo que este último enfoque es el más apropiado para el análisis del impacto de los conflictos bélicos sobre la población y el ecosistema en su conjunto.

Se analiza la relación entre guerra y Estado del Bienestar, y el impacto directo e indirecto de los conflictos bélicos sobre los diversos determinantes de la salud, así como con qué elementos contamos para la prevención y la mitigación de los efectos de las guerras sobre la salud, el sistema sanitario y el entorno.



02. Agradecimientos

Mi agradecimiento a los profesores Vicente Ortún, del Centre d’Economia i Salut (CRES) de la Universitat Pompeu Fabra, y María Callejón, catedrática de Economía de la Universitat de Barcelona, por su colaboración en la elaboración de la presente monografía.



03. El efecto mariposa

El 24 de febrero de 2022, las fuerzas armadas de la Federación Rusa invadieron el territorio de la República de Ucrania en lo que, eufemísticamente, denominaron “operación militar especial” y que, en el momento de escribir estas líneas, está aún en plena actividad bélica. El inicio del conflicto era muy anterior, remontándose al 2014, tras las movilizaciones antirrusas del EuroMaidan en Kiev, y la invasión encubierta del Donbas por fuerzas independentistas de las autoproclamadas Repúblicas Populares de Donetsk y Luhansk, apoyadas por tropas rusas encubiertas.

Una de las consecuencias de esta agresión militar ha sido el incremento en más de un 25% del precio de los granos (trigo, maíz y otros cereales), de los que Rusia y Ucrania son grandes productores, así como la disminución de sus exportaciones a unos 14 países africanos, a cientos de kilómetros del escenario de los combates, dependientes de dichas exportaciones y neutrales militarmente en lo que respecta al conflicto, lo que ha ocasionado grandes hambrunas, muertes y migraciones ante la carencia de alimentos. China y EUA continúan siendo, en cualquier caso, los mayores productores de cereales del mundo, y EUA el mayor exportador de productos alimentarios.

Un proverbio chino dice que “*el aleteo de las alas de una mariposa puede ser oído al otro lado del mundo*”. Se trata de lo que conocemos como “*efecto mariposa*”, y se interpreta como un concepto derivado de la teoría del caos que dice que, en un determinado sistema, en nuestro caso un inmenso ecosistema como es el planeta Tierra, las más mínimas variaciones en las condiciones iniciales del mismo, puede provocar que el sistema evolucione, en un plazo de tiempo medio o corto, de forma totalmente distinta a la que habría evolucionado si no se hubiesen dado aquellas modificaciones.

Sin lugar a duda, la concepción actual de la guerra, en su sentido más amplio, con sus impactos no solo en la salud y la enfermedad de las personas, sino también por su impacto en la economía, la vida social y la calidad y sostenibilidad del entorno, obligan a un análisis más allá de la simple enumeración de bajas y destrucciones.

Es por ello por lo que creemos conveniente iniciar nuestro trabajo aclarando una serie de conceptos básicos para expresar nuestro punto de vista.

Sin lugar a duda el caso de la guerra de Ucrania y su impacto en las condiciones de hambruna y migración forzada de poblaciones de grandes zonas del continente africano, son un claro ejemplo del mencionado “*efecto mariposa*”.





SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

04. Salud internacional, Salud Global y Salud Planetaria

En la segunda mitad del siglo XIX, en plena segunda revolución industrial, con la eclosión de la fabricación del acero y de la máquina de vapor, el comercio se internacionaliza notablemente, incrementado las comunicaciones entre los diversos países, al mismo tiempo que las potencias coloniales, especialmente las europeas (Reino Unido, Alemania o Francia), intensifican su actuación sobre los países colonizados en busca de materias primas más baratas, imprescindibles para su desarrollo económico, al mismo tiempo que abrían nuevos mercados para sus productos.

Ello comporta que enfermedades endémicas de los países colonizados afectan a los funcionarios y patrones coloniales, con el consiguiente peligro de extensión de algunas de dichas enfermedades al territorio metropolitano, al mismo tiempo que su impacto sobre la población autóctona disminuye notablemente su productividad.

Europa es víctima de importantes epidemias, entre las que destaca el cólera, lo cual impulsa al gobierno francés a convocar la Primera Conferencia Sanitaria Internacional, que se celebra en París el año 1851, consiguiendo algunos acuerdos de colaboración especialmente en temas portuarios y de cuarentenas, constituyendo un primigenio antecedente de lo que actualmente conocemos como Reglamento Sanitario Internacional (RSI). Es el principio de lo que después conoceremos como Salud Internacional, dirigida, especialmente, al conocimiento y control de las llamadas enfermedades tropicales y a la transmisión, o mejor, a la prevención de la transmisión de epidemias entre diversas regiones del mundo, con un enfoque esencialmente biólogoista y medicalizado. Así pues, la salud internacional se centra en acuerdos entre estados en los temas relacionados con la salud, con toda la carga de diversidad de agendas políticas e intereses económicos inherentes.



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Esta visión imperó fundamentalmente hasta después de la II Guerra Mundial. En 1946 se fundó la OMS como sección integral de la ONU, con el objetivo de *“promover la salud, preservar la seguridad mundial y servir a las poblaciones vulnerables, de modo que todo el mundo, allá donde esté, pueda alcanzar el más alto nivel posible de salud”*². Su funcionamiento se basa en la ayuda técnica de los países más desarrollados hacia los menos desarrollados, emprendiendo campañas internacionales que condujeron, por ejemplo, a la erradicación de la viruela en 1980. No obstante, con la eclosión de la llamada Guerra Fría entre el bloque capitalista liderado por los EUA, y el bloque socialista con la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) al frente marcaron diferencias estratégicas en el seno de la misma. En 1955 se celebra la Conferencia de Bandung en la cual los países, especialmente africanos y asiáticos, descolonizados, intentan una colaboración frente al neocolonialismo y la dependencia económica de las antiguas metrópolis de forma no alineada con ninguno de los dos bloques. En una sintonía similar, en 1976 se celebra en Alma-Ata (URSS) la primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en la que se afirma que *“la salud es un derecho fundamental y que la obtención del más alto nivel de salud es el más importante propósito a escala mundial cuya realización requiere de la acción coordinada de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector sanitario.”*³, exponiendo las enormes inequidades entre y dentro de los diferentes países, la responsabilidad al respecto de los gobiernos, y la atención primaria como herramienta de transformación. Al poco tiempo surge la contestación a esta Declaración con el planteamiento de la llamada *“atención primaria de la salud selectiva”*, alegando la limitación de recursos y que, en consecuencia, los esfuerzos deben de concentrarse en aquellos programas capaces de proporcionar los mejores resultados médicos. La visión más medicalizadora y biológica surgía ante los objetivos sociales y sanitarios de *“salud para todos”*. Se inicia una tendencia crítica hacia la OMS y su forma de actuación, y los países del bloque occidental limitan progresivamente sus aportaciones económicas a la Organización, hasta el momento financiada casi exclusivamente por las aportaciones de los estados miembros, lo que garantizaba un cierto nivel de neutralidad, siendo progresivamente sustituida en su liderazgo en el campo de la salud por la acción del Banco Mundial.

En 1989 cae el muro de Berlín y en 1991 la URSS se disuelve, finalizando la etapa de bloques. En 1998 Gro Harlem Brundtland se convierte en la directora de la OMS dando entrada al capital privado hasta el punto de que las aportaciones

privadas son muy superiores a las aportaciones de los estados miembros, lo que permite a determinadas organizaciones no gubernamentales, como por ejemplo la Fundación Bill y Melinda Gates y otras similares, dedicar sus aportaciones financieras a objetivos concretos impuestos por ellas mismas, en algunos casos creando organizaciones paralelas, vaciando de poder la capacidad de la OMS de actuar libremente y de forma efectiva. El concepto de Salud Internacional toca a su fin, dando paso, progresivamente, a un nuevo paradigma: la **Salud Global**.

Mientras que la Salud Internacional se ha centrado básicamente en los problemas de salud de los países en desarrollo y las relaciones sanitarias entre estados, la salud global pretende avanzar más allá. Fenómenos económicos y sociales tales como la globalización, un mayor pluralismo de actores en el escenario de la salud mundial, y un papel cada vez más crítico en la agenda del desarrollo internacional conducen a una visión más amplia del significado de la salud a nivel mundial y, así, inicialmente, el concepto de salud global tiene para algunos autores un significado economicista e instrumental al servicio de la globalización neocapitalista, inspirado en los 10 puntos del llamado Consenso de Washington de 1989⁴. No obstante, la emergencia del paradigma de los determinantes sociales y económicos de la salud y la recuperación de la idea de las inequidades entre y dentro de los países formulada en Alma Ata dieron paso a una nueva corriente en el terreno de la Salud Global, basada no solo en el crecimiento económico, sino básicamente en su distribución para mejorar la salud del conjunto de la población mundial, planteada por la OMS en el año 2008 en el informe titulado “Closing the gap in a generation”: “*Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud*.”⁵. Basándose en conceptos vertidos por Mc Keown, Marc Lalonde establece un primer modelo de determinantes de la salud, reconociendo la influencia de los estilos de vida, entorno social y económico y medioambiental, posteriormente recogido por Dahlgren y Whitehead, en 1991 y Marmot, entre otros, formulando el vigente concepto de determinantes sociales de la salud, entendido como “*las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana*”⁶.

La Salud Global podría definirse como “*un área de estudio, investigación y práctica que da prioridad a la mejora de la salud y al logro de la equidad en salud para todas las personas en todo el mundo. La salud global enfatiza los problemas de*



salud transnacionales, los determinantes y las soluciones; implica muchas disciplinas dentro de y más allá de las ciencias de la salud y promueve la colaboración interdisciplinaria; y es una síntesis de la prevención basada en la población con la atención clínica a nivel individual” planteando las principales diferencias entre salud global y salud internacional⁷.

Comparación entre salud global y salud internacional

| | SALUD GLOBAL | SALUD INTERNACIONAL |
|--------------------------|--|---|
| Alcance geográfico | Se centra en cuestiones que afectan directa o indirectamente a la salud pero que pueden trascender las fronteras nacionales. | Se centra en cuestiones de salud de países distintos al propio, especialmente los de ingresos bajos y medios. |
| Nivel de cooperación | El desarrollo y la implementación de soluciones a menudo requieren cooperación global. | El desarrollo y la implementación de soluciones a menudo requieren cooperación binacional. |
| Individuos o poblaciones | Abarca tanto la prevención en poblaciones como la atención clínica de individuos. | Abarca tanto la prevención en poblaciones como la atención clínica de individuos. |
| Acceso a la salud | La equidad en salud entre las naciones y para todas las personas es un objetivo principal. | Busca ayudar a las personas de otras naciones. |
| Gama de disciplinas | Altamente interdisciplinario y multidisciplinario dentro y fuera de las ciencias de la salud. | Abarca algunas disciplinas, pero no ha puesto énfasis en la multidisciplinariedad. |

Con la eclosión de la pandemia de Covid 19 se evidencia un nuevo paradigma, consistente en la relación entre cambio climático, y por lo tanto, el medio ambiente en general, las zoonosis, es decir, infecciones que utilizan como vectores a animales, y la salud humana, además de su impacto social, económico, comunicativo y político. Surge el concepto de **sindemia** para describir la interacción entre elementos biológicos y sociales en relación a la expansión de determinadas enfermedades que afectan al individuo en diversos ámbitos de su vida.

La idea de **“Una sola salud” (One Health)** surgida a principios de los años 2000 refiriéndose a la interconexión entre salud humana, salud medioambiental y



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

salud animal y, consecuentemente, a la necesidad de un abordaje transversal, y multidisciplinar, expresado en el simposio “One World, One Health” celebrado en Nueva York en 2004 y sus 12 “*Principios de Manhattan*”⁸, revisados y ampliados en Berlín en 2019, y auspiciados por la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO) y Organización Mundial de la Salud (OMS), dando luz a su definición como “*Un enfoque para abordar una amenaza para la salud a la interfaz hombre-animal-entorno basado en la colaboración, la comunicación y la coordinación entre todos los sectores y disciplinas relevantes, con el objetivo final de conseguir resultados óptimos para la salud tanto para las personas como para los animales*”⁹.

Ciertamente, se reconoce que, pese a todos los problemas, se ha producido un gran avance en cuanto a resultados en salud y bienestar humanos. No obstante, el aspecto crítico de estos logros radica en el hecho de que estos avances se han producido con un alto precio sobre el entorno, acentuando aspectos como, por ejemplo, el cambio climático y sus consecuencias. Esta visión es la que comporta el surgimiento de la **Salud Planetaria**, en la que se acentúa la importancia de la sostenibilidad ambiental a los otros conceptos básicos de interdisciplinariedad y transversalidad de “One Health”, y en línea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la Agenda 2030. Así, la Salud Planetaria es definida como “*un campo transdisciplinario y un movimiento social orientado a soluciones centradas en el análisis y el abordaje de los impactos de las irrupciones humanas en los sistemas naturales de la Tierra, en la salud humana y sobre la vida en el planeta*”¹⁰ y como “*el logro del más alto nivel posible de salud, bienestar y equidad en todo el mundo a través de la atención a los sistemas humanos –políticos, económicos y sociales– que modelan el futuro de la humanidad y a los sistemas naturales de la Tierra en el marco de los límites planetarios seguros dentro de los cuales la humanidad puede florecer*”¹¹. Creemos que posiblemente el enfoque de Salud Planetaria es el más adecuado para el análisis de las consecuencias sobre la salud mundial de los conflictos bélicos actuales y es el punto de vista desde el cual pretendemos desarrollar nuestra reflexión.

05. Vidas, guerras y estado de bienestar¹²

Al analizar el vínculo entre guerras y salud de la población, surge la cuestión de si las guerras entre estados han influido o no, o en qué medida, en el desarrollo y enorme logro social del estado de bienestar avanzado en los países occidentales. Guerra y bienestar son conceptos en principio antitéticos, aunque el análisis histórico de los dos últimos siglos ha llegado a vincularlos. La presente contribución se ocupa de las consecuencias de las guerras sobre el bienestar de la sociedad, y de cómo los gobiernos han intentado influir en esos efectos sea por motivos de legitimación o democracia, sea para compensar el descontento y sacrificio de la población. No se ignora la belicosidad de la especie humana, primero en su lucha con otros animales, después con otros grupos humanos ya fuera para asegurar territorios, capturar esclavos y parejas o afirmar la masculinidad¹³. El análisis se ciñe a las circunstancias en que han sido adoptados programas sociales orientados a mejorar el bienestar, donde la salud es siempre, directa o indirectamente, el elemento central. Sabemos que toda mejora o empeoramiento de los programas públicos sociales repercute en la salud individual y colectiva.

La conocida frase de Charles Tilly¹⁴, “la guerra hizo al estado, y el estado hizo la guerra”, sintetiza la tesis de muchos historiadores y filósofos sobre el nacimiento del estado moderno en torno al siglo XVI en el actual Occidente, y sobre la creciente intensidad militar desplegada por esos estados durante siglos hasta hoy. Puesto que los programas sociales de bienestar se encuentran asociados al avance del poder del estado, y en particular a su poder militar, nos interesamos en las respuestas dadas a la pregunta de Richard Titmuss¹⁵ sobre si la actividad militar (*warfare*) y los estados de bienestar (*welfare*) se relacionan, o no, causalmente. De otra forma: ¿ha contribuido, de alguna forma, la guerra a la formación del estado de bienestar actual en Occidente?

En congruencia con la anterior cuestión podríamos preguntarnos: ¿puede ser sostenible el amplio estado de bienestar alcanzado actualmente en Europa, con la continuación de la tendencia creciente a guerrear, y cada vez con más y mejor tecnología destructiva?



En primer lugar, existen datos sobre la cantidad de víctimas ocasionadas por las guerras originadas en, y por, Occidente en los tres últimos siglos. Conocemos las fuerzas humanas y sociales que provocan las guerras. Queda establecido que el conflicto armado es decidido por quienes controlan el Estado, no por la población. La necesidad de conseguir buenos combatientes fue el incentivo de los gobiernos desde el s. XVIII para adoptar los primeros programas sanitarios. ¿Existe un vínculo o asociación, entre guerra y bienestar?. Historiadores y analistas políticos observan cómo los grandes programas sociosanitarios se establecen tras los grandes conflictos militares. El dilema es: “guerra-bienestar”, o “*warfare-welfare*”, dentro del modelo clásico y básico en Economía de “armas o mantequilla”, o “*guns or butter*”. Por último, debemos considerar la teoría realista de las relaciones internacionales como modelo interpretativo de los conflictos armados en un mundo controlado por una potencia dominante, como ha sido durante la *Pax Britannica* o la *Pax Americana*. Existen dos tendencias recientes en la evolución del estado de bienestar de tipo Beveridge: la alternativa mercado-gobierno, por una parte; y la presión hacia gastar en “armas” antes que en “mantequilla”, por la otra.

Las ideas básicas, de fondo, a considerar podrían sintetizarse en los siguientes puntos:

1. Las guerras son una característica social universal, decididas a nivel de estado y, en el caso de Europa, de los estados modernos que se forman desde el s. XVI, capaces de formar y movilizar grandes ejércitos de millones de efectivos.
2. Las guerras siguen creciendo en intensidad y letalidad civil independientemente del nivel de renta y grado de libertades políticas del país o países protagonistas, lo que confirma la idea popular de que las guerras son “el deporte de los reyes”. Y, efectivamente, la política exterior y las relaciones internacionales no suelen formar parte de la discusión política interna ni se consultan a la población.
3. El mantenimiento de ejércitos y guerras ha obligado a los estados a compensar a la población con programas para mejorar sus condiciones de vida. Históricamente, con anterioridad al s. XX, fueron adoptados programas de salud para mejorar la preparación física de los combatientes y su número. Con el avance de la democracia, el objetivo ha



sido compensar a la población más pobre por sus sacrificios en las guerras y, finalmente, atender la demanda de la sociedad de disponer de servicios colectivos a escala suficiente, basados en la disposición a pagar impuestos.

4. Los gobiernos disponen de recursos limitados y, en síntesis, deciden cómo se distribuyen esos recursos entre gastos civiles y gastos militares. Metafóricamente, la alternativa es producir “armas o mantequilla”. La tensión entre una u otra asignación de los recursos se relaja cuando se reducen las guerras, y se acentúa al aparecer una nueva guerra potencial, como sería el momento actual.
5. Las dos guerras mundiales europeas del s. XX dejaron cerca de 70 millones de víctimas. Tras la carnicería de la Primera Guerra Mundial (IGM) surgen programas de atención sanitaria y social en toda Europa y en Estados Unidos (EUA). Tras la Segunda Guerra Mundial (IIGM) el Reino Unido adopta el programa Beveridge. El resto de grandes países europeos también adoptan grandes programas sociales que conocemos como estado de bienestar: cobertura universal, atención sanitaria, educación y vivienda. Junto con los servicios de bienestar se adoptan líneas de transferencias de dinero en forma de pensiones, compensaciones por desempleo, por enfermedad y ayudas a la pobreza.
6. El estado de bienestar es posible porque la población está dispuesta a aceptar la gran elevación de impuestos necesaria para financiar los amplios programas sociales, cuya bondad es palpable tras un aumento de la esperanza de vida de casi 15 años tras la IIGM y también tras la IGM. Como consecuencia, el gasto público salta desde el 10 por ciento del PIB antes de la IGM hasta alcanzar, en promedio, el 50 por ciento del PIB al llegar al s. XXI.
7. El vínculo estado de guerra-estado de bienestar, o *warfare-welfare*, tiene indudable interés analítico teórico y empírico; el presente trabajo se ocupa de ello. Mientras algunos historiadores y expertos en relaciones internacionales piensan que la *guerra* ha producido más ventajas a la sociedad que el *bienestar* subyacente, otros no opinan lo mismo. Está claro que no todas las partes intervinientes en un gran conflicto armado sufren los mismos daños ni se recuperan igual al terminar el conflicto.



8. Fuera de Occidente, cabe destacar los logros sociales de China, que ha logrado sacar de la pobreza a más de 1.000 millones de personas en menos de 50 años. Logros quizás más vinculados a revoluciones sociales internas que a guerras exteriores. De igual forma la Revolución Bolchevique adoptó extensos programas sociales públicos. Por tanto, el vínculo “guerra-bienestar” quizás sólo tenga sentido en el área Occidental.
9. El caso del gasto militar asociado al Complejo Militar-Industrial en EUA ha sido y está siendo consistentemente analizado. Hubo pérdida de producción industrial civil por importaciones de Japón, primero, y por transferencia de producción a China, después. En Europa ha ocurrido algo parecido. EUA cedió parte de su industria de consumo a cambio de controlar las grandes plataformas tecnológicas. Al tener lugar la interrupción de las cadenas de suministros de inputs, Occidente intenta recuperar su capacidad industrial en medio de relevantes problemas geoestratégicos.
10. Tanto EUA como Europa, al desacoplarse con Rusia y China, apuntan a intensificar la producción militar en los próximos años. Es un sector de alta tecnología, intensivo en investigación y desarrollo. Los bienes masivos de bajo coste se pueden seguir produciendo en otros países... a condición de mantener el control político-geoestratégico. En última instancia, se vislumbra un futuro reparto del gasto público más condicionado por las armas que por la mantequilla.
11. Frente al estado de bienestar público planea la alternativa del mercado. Salud y educación son servicios con alta disposición a pagar por los individuos, incluso hasta el límite de sus recursos. En consecuencia, son negocios de interés para la inversión privada. Los fondos de inversión internacionales tienden a concentrarse en grandes plataformas, y los estándares técnico-sanitarios se difunden y adoptan internacionalmente; la traducción es la concentración de los proveedores de servicios. Cabría esperar cierto estrangulamiento del gasto público en bienestar en favor del mercado, en ausencia de regulaciones específicas.

06. Conflictos bélicos y salud

Antiguamente, una situación de guerra generalmente afectaba en exclusiva a los territorios y poblaciones directamente implicados en el conflicto. La mayor parte de las bajas se producían en los frentes de combate, entre los militares y, solo secundariamente, las retaguardias y la población civil se veían afectados.

De alguna forma, la Guerra Civil española, con el desarrollo de los bombardeos sobre poblaciones civiles, como en el caso de Gernika, inició un cambio profundo en las estrategias bélicas que, en posteriores campañas, como actualmente en Ucrania o Gaza, con la eclosión de nuevas armas como los misiles o drones, el impacto directo de la destrucción masiva y la generación de bajas recae, ya no solo sobre el estamento militar de las primeras líneas, sino, fundamentalmente, sobre la población civil de las retaguardias, e incluso, a grandes distancias, en territorios supuestamente ajenos al conflicto militar. Un ejemplo, publicado por Allard Soto, plantea: *“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 solo 350.000 fueron debidas a violencia directa relacionada con la lucha por el acceso y el control del coltán (componente esencial de los teléfonos móviles) y de sus reservas de oro, diamantes, manganeso, uranio y otros minerales”*¹⁶.

Algunos autores como Hoffman¹⁷, consideran que con el conflicto entre Israel y Hezbolá en Líbano en 2006 y, posteriormente, la agresión y posterior anexión ilegal de Rusia en Crimea en 2014, surge un nuevo modelo de conflicto armado, la **“guerra híbrida”**, entendida como *“el despliegue de diferentes modos de guerra, incluidas capacidades convencionales, tácticas y formaciones irregulares, actos terroristas que incluyen violencia y coerción indiscriminada, así como desorden criminal”, incorporando elementos de desinformación, propaganda, influencia política y económica y metodologías cibernéticas contra un estado o contra actores no estatales. Ya no es imprescindible disparar un tiro para establecer una situación de crisis que pueda afectar profundamente a la*

población de un territorio determinado o de otros escenarios relacionados directa o indirectamente”.

En el momento de escribir estas líneas, se considera que en el mundo se están desarrollando, con más o menos protagonismo mediático, un total de 23 guerras activas que afectan a más de 1.100 millones de personas. Si incluimos en estas guerras, más o menos convencionales, los escenarios de violencia sistemática relacionada con el narcotráfico o el crimen organizado, que en ocasiones podemos inscribir en el capítulo de “guerras híbridas”, la cifra total de conflictos activos asciende a 58¹⁸.

En salud pública se habla de **emergencia humanitaria compleja** para referirnos a todos estos tipos de conflictos que generan “*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 es un deterioro completo de la situación de salud de esa población y un masivo incremento de mortalidad*”³. Indudablemente, la guerra es un problema de salud pública creado por el ser humano¹⁹.

Esta afectación de la salud pública, incluso a grandes distancias del escenario bélico, podrían resumirse en el gráfico siguiente:



Gráfico 1. Afectación de los conflictos bélicos.



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

Ante todo, tres grandes impactos de este tipo de conflictos: En primer lugar, un impacto directo de **muerres y heridos** no solo militares, en el frente de combate, sino también civiles, en la retaguardia; en segundo lugar, una gran **destrucción**, principalmente de viviendas e infraestructuras; y en tercer lugar una enorme **desestructuración social** como resultado de lo anterior, todo lo cual acaba afectando la salud global desde diversos niveles.

Multitud de productos químicos, físicos y biológicos derivados de la acción bélica y vertidos a la atmósfera y al entorno, bien como componentes directos de armamento y explosivos, como fósforo o uranio empobrecido, bien como polvo y partículas procedentes de destrucciones de edificaciones. También estos elementos químicos pueden ser lanzados específicamente como armas de guerra para atacar vías respiratorias, cutáneas o sistema nervioso de los combatientes (iperita, fosfógeno, cloro, gas mostaza...), con la posibilidad de su extensión por las corrientes de aire a áreas alejadas del frente de combate, o también, en el contexto de guerra híbrida o acciones terroristas, por ataque directo a la población, como sucedió en Tokio en 1995 por el ataque de un grupo terrorista en el metro de dicha ciudad con gas sarín. Durante la guerra de Vietnam se utilizó ampliamente herbicidas como el agente naranja o combustibles como napalm con la finalidad de despejar zonas selváticas para facilitar los ataques aéreos contra convoyes de suministros o tráfico de tropas. Se calcula que, en 10 años, se arrojaron 80 millones de herbicidas tóxicos sobre la península Indochina. Más de 50 años después se estima que más de medio millón de niños nacidos en Vietnam desde los años 60 del siglo pasado han nacido con deformidades relacionadas con las dioxinas y demás agentes químicos utilizados ya que no solo hay que considerar el efecto directo, sino el acumulativo e incluso la persistencia de proyectiles sin explotar con agentes persistentes en su interior. Hablamos de guerra NBQ (Nuclear, biológica y química).

Recordemos también la explosión atómica de Hiroshima en 1945 equivalente a 16.000 toneladas de TNT, creando una onda de calor de 300.000°C que destruyó edificios y personas en un radio de kilómetro y medio del epicentro de la explosión, causando unas 100.000 muertes de personas en un plazo inmediato, y otras 10.000 en los dos años siguientes. Tres días después, otra bomba atómica, mucho más potente que la primera, fue lanzada sobre Nagasaki con resultados similares. A ello hay que añadir un incremento del riesgo de padecer cáncer superior al 40% entre los que más radiación recibieron (superior a 1 Gray) entre



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

1958 y 1998. Los efectos a nivel genético y ambiental aún se están discutiendo en el momento actual. Ya en nuestros días, sin implicación nuclear, en torno a un 30% de todas las áreas protegidas de Ucrania (1,2 millones de Ha) están sufriendo los efectos destructivos, directos e indirectos, de la guerra. Por otra parte, se calcula que solo en el mar Báltico y el del Norte hay unos 1,6 millones de toneladas de material bélico como consecuencia del hundimiento voluntario del mismo durante la II Guerra Mundial para evitar su reutilización por parte de otros beligerantes, con la afectación consiguiente **del entorno marino** por el efecto indirecto de los productos químicos contenidos en dichos materiales. Igualmente, durante la invasión iraquí de Kuwait, los vertidos de petróleo y derivados a las aguas marinas ocasionaron un auténtico desastre ecológico. Y no sólo el entorno inmediato, sino la misma **biodiversidad** es afectada directa e indirectamente por las acciones militares: El conflicto de Ucrania, hasta el momento de escribir estas líneas, ha afectado al 20% de las áreas protegidas, 600 especies animales y 750 especies de plantas y hongos²⁰.

También puede ser contaminadas las fuentes y cursos de **agua** de boca o de riego por contaminantes químicos y biológicos, pero también, relacionado mayormente con destrucción de infraestructuras, de escasez o aparición o gran crecimiento de vectores de diversas enfermedades de transmisión hídrica, especialmente cólera y otras enfermedades diarreicas. UNEP (Programa de la Naciones Unidas para el Medio Ambiente), denuncia que el bombardeo de instalaciones y redes de agua en Ucrania ha afectado a más de 3,9 millones de personas²¹.

La **alimentación** suele ser otro de los puntos gravemente afectados en estos conflictos, también por destrucción de infraestructuras, pero también por contaminación del suelo y de cultivos, con gran afectación de la productividad agrícola y ganadera, así como de sus canales de distribución y almacenaje, con un gran impacto que traduce en hambre, especialmente entre la población civil. El cierre de las exportaciones de grano desde Rusia y Ucrania a Somalia, añadida a la sequía de más de cuatro años de duración, ha supuesto la hambruna para 28 millones de personas.

En la guerra moderna, en esto que ha venido a llamarse “*guerra híbrida*”, las **infraestructuras** suelen ser objetivos estratégicos de primer orden, provocando déficits de fuentes de energía, afectación logística, de comunicaciones y transporte, pero también, además de los ya mencionados impactos sobre contaminación ambiental, alimentación y aguas de consumo, pueden afectar alcantarilla-

dos y provocar peligrosas acumulaciones de residuos, con la probabilidad de incremento de vectores y animales, con gran riesgo de aparición de epidemias.

En la misma línea, la destrucción de **viviendas** provocará migraciones, refugiados, aglomeraciones en recintos, generalmente improvisados, con gran precariedad, y afectación de la salubridad por acumulación de residuos, vectores y animales potencialmente transmisores de infecciones. Un antecedente notable fue la expulsión de sus tierras de más de 700.000 palestinos, hecho conocido como la Nakba (Catástrofe en árabe) entre los años 1947 y 1948 como consecuencia de la proclamación del Estado de Israel y la no aceptación de facto del mandato de la ONU de la creación de dos estados independientes, Israel y Palestina, con el resultado de que hoy en día, 76 años después, persisten campos de refugiados palestinos, principalmente en Jordania y Líbano.

Se calcula en unos 70 millones de personas los que han perdido sus hogares como consecuencia de diversos conflictos actualmente activos, los cuales se enfrentan a un mayor riesgo de contraer enfermedades, especialmente infecciosas y, entre ellas, tuberculosis o hepatitis B²². Añadamos a ello el impacto de la hambruna que suele asociarse a estos desplazamientos masivos, así como la utilización directa del hambre, restringiendo o, simplemente, cortando, toda posibilidad de abastecimiento desde el exterior, como es el caso de Gaza en nuestros días, o en Yemen en 2014, estimándose que un 60% de las casi 400.000 muertes provocadas fueron directamente debidas al hambre y a la insalubridad de las aguas de consumo, como consecuencia del bloqueo saudí de los puertos y otras vías de acceso, convirtiendo el hambre en un arma de guerra²³.

Todo ello conduce, como ya hemos dicho, a una gran **desestructuración social**, con violencia especialmente contra la población femenina e infantil, discriminación de todo tipo, inseguridad y generación de problemas derivados de terrorismo y adicciones, y la **educación** también se verá afectada por fenómenos de precarización, deslocalización, discriminación, aculturación y desculturación, especialmente entre poblaciones refugiadas. En el mismo sentido, el mundo de la ciencia y la investigación se ven altamente afectados. La destrucción de instalaciones universitarias y académicas, así como la represión, el encarcelamiento o la muerte de científicos, por ejemplo, en el caso de Gaza, no solo afecta el momento actual, sino que pone en grave dificultad el desarrollo académico futuro en las zonas afectadas²⁴.

Son numerosas las estimaciones del precio de las guerras. Las guerras suelen causar enormes daños económicos. En una economía global integrada, las consecuencias económicas de una guerra no se limitan al país donde se libra el conflicto, sino que se extienden a otros países. Se han estudiado los efectos económicos de las grandes guerras interestatales utilizando un nuevo conjunto de datos que abarca 150 años de información sobre más de 60 países. La guerra en el territorio de un país suele provocar una caída de la producción del 30% y un aumento de la inflación de 15 puntos porcentuales. Encontramos también grandes efectos negativos en los países que están geográficamente cerca del lugar de la guerra, independientemente de su participación en ella. La producción en los países vecinos cae más del 10% en cinco años y la inflación aumenta cinco puntos porcentuales en promedio. Los efectos indirectos negativos disminuyen con la distancia geográfica y el aumento del grado de integración comercial con el lugar de la guerra. En el caso de países muy distantes, los efectos indirectos de la producción pueden volverse positivos, de modo que las guerras crean ganadores y perdedores en la economía internacional²⁵.

La guerra también agrava en gran medida una serie de tendencias económicas globales adversas preexistentes, entre ellas el aumento de la inflación, la pobreza extrema, el aumento de la inseguridad alimentaria, la desglobalización y el empeoramiento de la degradación ambiental. Además, con el aparente fin del dividendo de la paz que durante mucho tiempo ha ayudado a financiar mayores gastos sociales, reequilibrar las prioridades fiscales podría resultar bastante difícil incluso en las economías avanzadas.

Riesgos de la desglobalización. Ya después del inicio de la pandemia, se habló mucho de hacer más resistentes las cadenas de suministro y de tratar de depender menos de las importaciones para satisfacer las necesidades de salud pública, como la producción de vacunas y antibióticos, por no hablar de los semiconductores que son la base de la economía digital. El abandono de las políticas de cero COVID en Asia sigue aumentando las interrupciones del suministro, lo que ofrece una idea de cómo podría ser una desglobalización temporal.

Rusia, por supuesto, parece muy destinada a quedar aislada durante un período prolongado, pero el verdadero golpe a la globalización se producirá si el comercio entre las economías avanzadas y China también cae, lo que lamentablemente es posible en algunos escenarios. Un realineamiento importante de la economía global difícilmente puede ser bueno para la estabilidad geopolítica. Desde

Montesquieu, los economistas políticos han sostenido que los países que comercian entre sí tienen menos probabilidades de entrar en guerra, y el principal matiz moderno es que el comercio indirecto a través de socios y redes comunes también ayuda.

En el corto plazo, la desglobalización seguramente sería un enorme shock negativo para la economía mundial. No se sabe muy bien si los efectos a largo plazo podrían ser tan graves. Es importante destacar que estas estimaciones aproximadas dependen de una miríada de supuestos, incluida la facilidad con la que los países pueden sustituir bienes nacionales por bienes importados o comerciar con otros socios²⁶.

Consecuencia de todo lo anteriormente mencionado, los **sistemas sanitarios** de los países directamente afectados por el conflicto, pero también los estados vecinos, receptores de refugiados, se ven altamente deteriorados por la sobrecarga de demanda asistencial de todo tipo, la falta de personal y de infraestructuras, relativa en relación al incremento de la demanda, pero, también en algunos países, como es el caso de Gaza²⁷, al convertirse en objetivos militares, pese a todas las convenciones y legislación al respecto. Se calcula que más de 100 centros sanitarios, entre los cuales la práctica totalidad de los hospitales, así como más de 400 trabajadores sanitarios palestinos muertos. El director general de la OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, denunció que los ataques a la atención sanitaria suponen una vulneración del derecho humanitario, quedando anulados los 17 Objetivos del Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, cuando se entra en una situación de conflicto bélico como los de Ucrania o Gaza.

Igualmente, la **carencia de fármacos, equipamientos y vacunas**, y la afectación de las estructuras de salud pública constituyen un gran reto difícil de superar, a lo que habrá que añadir las necesidades, inmediatas y futuras de las consecuencias biológicas y psíquicas, incluidos cánceres y teratogénicas (Hiroshima, Nagasaki, Vietnam) potenciales a corto, medio y largo plazo, tanto las derivadas directamente del conflicto, como las de las propias poblaciones habituales, por la necesidad de redirigir recursos sanitarios hacia los episodios más agudos, desatendiendo patologías crónicas y no transmisibles.

La OMS estima que el 10% de las personas que viven situaciones de conflicto tendrán problemas graves de **salud mental**, especialmente depresión, ansiedad

y estrés postraumático, y que otro 10% desarrollaran conductas patológicas, afectando, en el caso concreto de Afganistán, respectivamente, al 68%, 72% y 42% de los implicados²⁸.

Mujeres, niños y niñas son dos de los colectivos más afectados por los conflictos bélicos en la nueva realidad. Entre los años 1980 y 2008 la mitad de toda la mortalidad materna mundial se produjo en seis países afectados por situaciones de guerra o conflicto armado: India, Nigeria, Pakistán, Afganistán, Etiopía y República Democrática del Congo. Igualmente, los niños nacidos durante los conflictos tienen un alto riesgo de bajo peso, mortalidad infantil, problemas de desarrollo y peores perspectivas de salud a lo largo de su vida futura²⁹.

Otro aspecto de la guerra híbrida, que afecta al campo de la sanidad fue la extensión, mediante el uso de las redes sociales, de un conjunto de **fake-news** orientadas al descrédito de la vacuna contra sarampión, rubeola y paperas, lo que ocasionó un importante brote de sarampión en Ucrania en 2018, cuatro años después de la anexión de Crimea y la creación de las repúblicas populares de Donetsk y Lugansk, provocando 23.000 afectados, más de la mitad del total de los casos registrados en el conjunto del continente europeo²⁹. Entre 2002 y 2007 se produjo la primera guerra civil de Costa de Marfil que, pese a ocasionar un número relativamente bajo de víctimas directas, unas 3.000, el sistema sanitario fue prácticamente desarticulado por los ataques y robos y se produjeron importantes brotes de colera, sarampión, meningitis y polio, y la desnutrición infantil afectó a un 20% de los niños y niñas²⁹.

La guerra civil de Bosnia, entre 1992 y 1995, que enfrentó a musulmanes con serbios, generó la violación de entre 20.000 y 50.000 mujeres musulmanas, siendo obligadas a concebir a los infantes producto de dichas violaciones como una nueva forma de guerra³⁰, y en Ruanda, en 1994, se estima que una gran parte de las mujeres supervivientes al genocidio fueron violadas, y nacieron, como resultado entre 2000 y 5000 infantes³¹.

Pero no solo son afectados los seres humanos como consecuencia del descalabro del sistema sanitario. También la atención veterinaria, y, especialmente las medidas preventivas respecto de infecciones animales quedan totalmente desmanteladas en un contexto bélico, dando lugar a la transmisión de zoonosis, incluso a distancia de los focos de conflicto, al migrar poblaciones con sus rebaños respectivos sin control veterinario alguno. En abril de 2023 más de 8 millones

de personas se han visto obligadas abandonar sus hogares en Sudán, casi dos millones de ellos fuera de sus fronteras, desplazando con ellos millones de cabezas de ganado, buscando zonas factibles de pastoreo distintas a las suyas habituales, propiciando el contacto con ganado de otras zonas, y facilitando la expansión de diversas infecciones animales y zoonosis, como la fiebre amarilla y la fiebre hemorrágica del Congo³².



07. Mitigación de conflictos bélicos

Actualmente se calcula que un 80% de la asistencia humanitaria se destina a mitigar los efectos de la violencia y los conflictos bélicos, mayoritariamente orientado a crisis prolongadas y a población infantil. Consecuentemente, el análisis de la mitigación de los efectos de los conflictos bélicos constituye un tema de actualidad y de gran trascendencia.

Ya en el siglo XIX, las consecuencias de los conflictos bélicos sobre combatientes y personal civil impulsaron a que los estados estableciesen acuerdos formales internacionales, más allá de los acuerdos diplomáticos bilaterales, dirigidos a humanizar su impacto. Las guerras de Crimea y de Italia de la segunda mitad del siglo XIX y el trato dado a heridos y prisioneros de guerra fundamentaron la firma del **Convenio de Ginebra** de 1864, base del Derecho Internacional Humanitario, orientado a amparar y proteger a los soldados heridos, así como a las personas y equipamiento dedicados a su cuidado en un conflicto bélico. En 1863, en Ginebra, se había fundado **Cruz Roja Internacional** con la finalidad de prestar protección y asistencia a las víctimas de los conflictos bélicos, mediante la realización de actividades en todo el mundo, el fomento del Derecho Internacional Humanitario y de su protección por parte de los Gobiernos y los elementos armados.

Las consecuencias de la I Guerra Mundial llevaron a que, en el seno del Tratado de Versalles, en 1919, las potencias vencedoras creasen la **Sociedad de las Naciones**, orientada a evitar la guerra y sus consecuencias mediante el diálogo y la diplomacia. No obstante, no fue posible evitar la II Guerra Mundial, la cual impacto con mayor violencia que el anterior gran conflicto sobre la población civil y el entorno: crímenes contra la humanidad, genocidio y limpieza étnica, destrucción de ciudades e infraestructuras, migraciones obligadas generalizadas y dos explosiones atómicas, con el resultado conocido, no solo sobre la población, sino sobre el entorno y las generaciones futuras.

El horror desencadenado en este conflicto comportó la creación de la **Organización de las Naciones Unidas (ONU)** en 1945 en base a la Carta de San Francis-



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

co y firmada inicialmente por 51 estados, entre los vencedores de la Guerra y algunos países neutrales, con la finalidad de mantener la paz y la seguridad internacional, fomentar las relaciones de amistad entre las naciones del mundo, y promover el progreso social, la mejora del nivel de vida y los Derechos Humanos, cuya Declaración fue formulada en París, por parte de la ONU, el 10 de diciembre de 1948.

En 1949 se firmó la **Convención de Ginebra**, que, junto a sus posteriores protocolos y el denominado Derecho Internacional Consuetudinario, constituye la base del Derecho Internacional Humanitario, ya orientado, no tan solo al trato humanitario a los combatientes, sino, especialmente, a la población civil directa o indirectamente implicada en el conflicto, planteando los siguientes principios: 1/ Principio de distinción, dejando claro que *“Las partes en un conflicto armado deben distinguir en todo momento entre población civil y combatientes, así como entre bienes de carácter civil y objetivos militares y, por lo tanto, dirigir sus operaciones únicamente contra objetivos militares”*, prohibiendo los ataques dirigidos contra civiles, así como los ataques indiscriminados, es decir, aquellos que atacan objetivos militares y personas civiles o bienes de carácter civil sin distinción; 2/ Principio de proporcionalidad, que prohíbe los ataques que puedan causar daños incidentales a la población civil que sean excesivos en relación con la ventaja militar concreta y directa esperada; y 3/ Principio de precaución, que obliga a que las operaciones militares deban realizarse con cuidado constante para proteger a la población civil, a las personas civiles y a los bienes de carácter civil, exigiendo que las partes en un conflicto protejan a los civiles y los bienes civiles bajo su control de los efectos de los ataques.

Pese a este conjunto de declaraciones y normas jurídicas, la sociedad ha sido incapaz de frenar la conflictividad bélica en el mundo, agudizada tras el fin del multilateralismo, originado por la caída de la Unión Soviética. The Lancet denuncia: *“Con las muertes relacionadas con el conflicto en un nivel récord en 26 años y más de 110 millones de personas desplazadas por la fuerza en todo el mundo a finales de junio de 2023, el sistema humanitario está abrumado, a pesar del aumento del apoyo humanitario de donantes públicos y privados”*, y continúa *“Un número sin precedentes de emergencias humanitarias de gran magnitud y duración está provocando que la mayor cantidad de personas en una generación sean desplazadas por la fuerza. Sin embargo, el sistema humanitario existente fue creado para una época diferente y ya no es adecuado para*

su propósito. Desde entonces, la situación ha empeorado. Debe rechazarse la progresiva normalización de las violaciones del derecho internacional humanitario y del derecho de los refugiados y la insuficiente rendición de cuentas de las organizaciones humanitarias ante las personas afectadas. Es necesario reinventar el sistema humanitario teniendo en el centro las prioridades de las comunidades afectadas”³².

Ante la inevitabilidad de los hechos, el único recurso, hasta el momento, es el establecimiento de medidas de mitigación.

La mitigación consiste en la reducción o limitación de los efectos negativos que conllevan los peligros y desastres.

La mitigación de conflictos incluye todas las acciones y procesos que:

- 1)** son sensibles al conflicto y no aumentan las tensiones o el origen de la violencia.
- 2)** tienen por objeto acometer las causas del conflicto y cambiar la manera en que los involucrados actúan y perciben los problemas. Las actividades humanitarias, de recuperación y de desarrollo se revisan para determinar su efecto dentro del conflicto donde tienen lugar y su contribución a la paz y la estabilidad a largo plazo. Los enfoques de mitigación de conflictos se pueden utilizar para la prevención e intervención de conflictos en las situaciones de conflicto activo y posteriores.

La Asociación Médica Mundial³³ y diversos colectivos de profesionales y escuelas de salud pública reconocen que es esencial el impulsar políticas que contribuyan a la prevención de la crisis de salud pública de la guerra y a mitigar sus impactos, y para ello plantean:

- 1.** Promover una acción global concertada para detener y prevenir guerras y promover soluciones pacíficas a las disputas dentro y entre las naciones.
- 2.** Abogar por el acceso a suficiente ayuda humanitaria para satisfacer las necesidades de la población en zonas de conflicto y mitigar los daños directos e indirectos a la atención médica.



3. Abogar por la protección total de los profesionales de la salud que están sujetos a violencia y arresto y por la protección de las instalaciones de salud durante el conflicto.
4. Realizar investigaciones que promuevan la prevención de conflictos y contribuyan a la construcción de instalaciones de salud resilientes e infraestructura de apoyo en zonas propensas a conflictos.
5. Exigir rendición de cuentas y justicia por crímenes de guerra, crímenes de lesa humanidad y otras violaciones del derecho internacional humanitario.
6. Alentar a las asociaciones médicas y de salud y a los responsables de las políticas de salud a incluir la guerra como una agenda prioritaria.
7. Presionar para que las escuelas de salud pública, enfermería y medicina incluyan políticas y prácticas de construcción de paz en el plan de estudios previo al servicio.

No obstante, la realidad nos dice que este tipo de planteamientos, más dirigidos a la prevención que a la mitigación, son difícilmente realizables. Debemos aceptar que los conflictos y la afectación sobre la salud global continuarán siendo una realidad y hay que prepararse para ello, sin renunciar a intentar, por todos los medios, trabajar para prevenirlos.

Es innegable la necesidad de una autoridad internacional neutral y efectiva, al estilo de lo que podría ser una ONU replanteada desde sus cimientos, con la finalidad de establecer planes de acción y protocolos dirigidos a la mitigación, disponer de sistemas de observación y alerta para la detección temprana de conflictos, formar profesionales movilizables en un tiempo razonable, crear fondos económicos disponibles y canales de suministro fiables y disponer de stocks de materiales y recursos para una respuesta inmediata. La autoridad y capacidad de sanción real deberían ser condicionantes para una adecuada acción sobre el terreno.

Muchas y variadas son las causas que pueden conducir a un conflicto bélico, desde la competencia por los recursos naturales, la economía, fenómenos naturales, especialmente sequías, hambre, miseria, extremismos..., y muchas son las propuestas formuladas para la prevención y mitigación de los enfrentamien-



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA

tos. Podríamos resumirlo en las palabras de Giordano y compañeros³⁴: *“Una estrategia para mitigar los posibles conflictos internacionales relacionados con los recursos es la creación de instituciones resilientes para su gestión, junto con la mejora de las instituciones existentes. Para que sean más eficaces, estas instituciones deben ser claras en cuanto a la asignación de recursos y el control de calidad; estar construidas con una capacidad intrínseca para adaptarse a las condiciones políticas y ambientales cambiantes; promover soluciones de suma positiva a los problemas relacionados con los recursos; e incorporar mecanismos estructurados de resolución de conflictos”*.

No obstante, existe una gran brecha, al parecer difícilmente salvable, entre las palabras y los hechos.





08. Referencias

1. Jeffrey Sachs: The Untold History of the Cold War, CIA Coups Around the World, and COVID's Origin Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=JS-3QssVPeg>.
2. WHO. About Who. Disponible en: <https://www.who.int/es/about>. Consultado: 22.09.2024.
3. OMS. Declaración de Alma Ata. Disponible en: <https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Alma-Ata-1978Declaracion.pdf>. Consultado: 22.09.2024.
4. Irwin DA, Ward O. What is the “Washington Consensus?”. Peterson Institute for International Economics (PIIE). Disponible en: <https://www.piie.com/blogs/realtime-economic-issues-watch/what-washington-consensus>. Consultado el 22.09.2024.
5. WHO. Closing the gap in a generation Health equity through action on the social determinants of Health. 2008. Ginebra. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43943/9789241563703_eng.pdf. Consultado el 22.09. 2024.
6. OPS. OMS. Determinantes sociales de la salud. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>. Consultado el 22.09.2024.
7. Koplan JP, et al. Consortium of Universities for Global Health Executive Board . Towards a common definition of global health. The Lancet. Volume 373, Issue 9679p1993-1995. June 06, 2009.
8. The Manhattan Principles. 2019. Disponible en: <https://oneworldonehealth.wcs.org/About-Us/Mission/The-Manhattan-Principles.aspx>. Consultado el 23.09.2024.
9. WHO. Taking a Multisectorial, One Health Approach: A Tripartite Guide to Addressing Zoonotic Diseases in Countries. 2019. Disponible en: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/325620/9789241514934-eng.pdf?sequence=1>. Consultado el 23.09.2024.
10. Planetary Health Alliance. Planetary Health. 2023. Disponible en: <https://www.planetaryhealthalliance.org/planetary-health>. Consultado el 23.09.2024.
11. Whitme S, Haines A, Beyrer C, Boltz F, Capon AG, De Souza Dias BF, *et al*. Safeguarding human health in the Anthropocene epoch: Report of the Rockefeller Foundation-Lancet Commission on planetary health. Lancet. 2015;386(10007):1973-

2028. Disponible en: [https://www.thelancet.com/article/S0140-6736\(15\)60901-1/fulltext](https://www.thelancet.com/article/S0140-6736(15)60901-1/fulltext). Consultado el 23.09.2024.

12. Callejon M, Guix J, Ortún V. Guns or Butter. Vidas, guerras y Estado del Bienestar. Health Policy Papers Collection 2024 – 8.
13. Black, J (2021). A short history of war. New Haven: Yale University Press.
14. Tilly, C. (1975). The Formation of National States in Western Europe. Princeton University Press.
15. Titmuss, R. (1958). Essays on the Welfare State. Londres: George, Allen and Unwin. Re-edición de 2018 por Policy Press, University of Bristol.
16. Allard Soto R, et al. Salud pública y conflictos bélicos: las emergencias humanitarias complejas Allard Soto R, et al. Salud pública y conflictos bélicos: las emergencias humanitarias complejas. Rev Adm Sanit 2003;1(1):29-45.
17. Hoffman, Frank, 2007, Conflict in the 21st Century: The rise of hybrid wars, Potomac Institute for policy studies, Virginia.
18. Sarriés A. Guerras y más guerras. Acción Verapaz. 10.11.2023. Disponible en: <https://www.accionverapaz.org/informate/noticias/3107-guerras-y-mas-guerras>. Consultado el 1.03.2024.
19. Razum O, Barros H, Buckingham R, Codd M, Czabanowska K, Künzli N, Lyubomirova K, Otok R, Signorelli C, Middleton J. Is war a man-made public health problem? The Lancet. Vol 394 November 2, 2019.
20. International Fund for Animal Welfare (IFAW). War in Ukraine has devastating consequences for biodiversity. 2023. Disponible en: <https://www.ifaw.org/international/press-releases/war-ukraine-biodiversity>. Consultado el 11.03.2024.
21. O'Callaghan C. El impacto del conflicto en el medio ambiente y la salud planetaria. Disponible en: <https://blogs.uoc.edu/cienciasdelasalud/es/impacto-guerra-ucrania-salud-personas/>. Consultado el 11.03.2024.
22. Moore S. The Impacts of War on Global Health. News Medical Life Sciences. Disponible en: <https://www.news-medical.net/health/The-Impacts-of-War-on-Global-Health.aspx> Consultado el 11.03.2024.
23. Editorial. Starvation as a weapon of war must stop. The Lancet. VOLUME 403, ISSUE 10434, P1309, APRIL 06, 2024.



24. The Lancet. The impossible mission: to save and support science in Gaza. Vol 403 March 2, 2024.
25. Meier F et al. The price of war. Kiel Institute for the World Economy, Febrero 2024.
26. Rogoff K. The long-lasting economic shock of war. International Monetary Fund, 2022.
27. Russell C. Gaza: una catástrofe de salud pública. Diari Ara. 23.11.2023. Disponible en: https://www.ara.cat/opinio/crisi-salut-publica-gaza-catherine-russell_129_4866426.html.
28. The Lancet. Measles, war, and health-care reforms in Ukraine. The Lancet. Vol 392 September 1, 2018.
29. Aybar. S. Cómo afecta la guerra a la salud: el caso de Ghana y Costa de Marfil. África Mundi. 2022. Disponible en: <https://africamundi.substack.com/p/como-afecta-la-guerra-a-la-salud-el-caso-de-ghana-y-costa-de-marfil> Consultado el 13.03.2024.
30. United Nations Development Fund for Women (UNIFEM). Women, war, peace: Bosnia and Herzegovina. Disponible en: <http://www.womenwarpeace.org/bosnia/bosnia.htm>. Consultado el 15.03.2024.
31. Shuaib Y A. Zoonotic disease vulnerability escalates amid Sudan's armed conflict. The Lancet. Vol 403 March 16, 2024 Vol 403 March 16, 2024.
32. Spiegel PB, Karadag O, Blanchet K, Unide C, Mateus A. The CHH-Lancet Commission on Health, Conflict, and Forced Displacement: reimagining the humanitarian system. The Lancet. Volume 403, Issue 10433, P1215-1217, March 30, 2024.
33. Gebregziabher M, DeLargy, P, Jumaan A, Kapila M, Rubenstein L. War prevention and mitigation are public health imperatives of our time. The Lancet.com Vol 47 Month May, 2022.
34. Giordano MF, Giordano MA, Wolf AT. International Resource Conflict and Mitigation. Journal of Peace Research. Vol. 42. No. 1 (Jan., 2005), pp. 47-65.



SESPAS

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA
Y ADMINISTRACIÓN SANITARIA