

CAPÍTULO 8

La violencia colectiva

Antecedentes

La violencia colectiva, en sus múltiples formas, recibe mucha atención pública. Los conflictos violentos entre naciones y grupos, el terrorismo de Estado y de grupos, la violación sexual como arma de guerra, el movimiento de gran número de personas desplazadas de sus hogares, la guerra entre pandillas y el vandalismo de las turbas, son sucesos que ocurren diariamente en muchos lugares del mundo. Sus efectos sobre la salud, materializados en defunciones, enfermedades somáticas, discapacidades y angustia, son muy amplios.

Desde hace mucho tiempo la medicina, como ciencia y en la práctica, se ha ocupado de los efectos de la violencia colectiva, desde la cirugía militar hasta las actividades del Comité Internacional de la Cruz Roja. No obstante, la salud pública empezó a ocuparse del fenómeno apenas en los años setenta, después de la crisis humanitaria en Biafra (Nigeria). El aprendizaje adquirido allí, en gran parte por las organizaciones no gubernamentales, fue la base de un creciente cúmulo de conocimientos e intervenciones médicas en el campo de la atención preventiva de salud.

El mundo todavía está aprendiendo cómo responder mejor a las diversas formas de violencia colectiva, pero hoy día es evidente que a la salud pública le corresponde un papel destacado. Como declaró la Asamblea Mundial de la Salud en 1981 (1), la función de los trabajadores de la salud en la promoción y preservación de la paz es un factor importante para lograr la salud para todos.

El presente capítulo se concentra principalmente en los conflictos violentos y hace hincapié en las complejas situaciones de emergencia vinculadas con ellos. Si bien suele informarse ampliamente sobre las crisis de este tipo, muchos de sus aspectos, como los efectos no mortales en las víctimas, las causas de las crisis y las respuestas a ellas, suelen permanecer ocultos, a veces en forma deliberada. No se han incluido en este capítulo las formas de violencia colectiva que no tienen objetivos políticos, como la violencia de las pandillas, el vandalismo de las turbas y la violencia criminal asociada a la delincuencia.

¿Cómo se define la violencia colectiva?

La violencia colectiva se puede definir como:

el uso de la violencia como instrumento por parte de personas que se identifican a sí mismas como miembros de un grupo —ya sea transitorio o con una identidad más permanente— contra otro grupo o conjunto de individuos, para lograr objetivos políticos, económicos o sociales.

Formas de violencia colectiva

Se han reconocido diversas formas de violencia colectiva, tales como:

- Las guerras, el terrorismo y otros conflictos políticos violentos que ocurren dentro de los estados o entre ellos.
- La violencia perpetrada por el Estado, como el genocidio, la represión, las desapariciones, la tortura y otras violaciones de los derechos humanos.
- La delincuencia violenta organizada, como los delitos perpetrados por bandas de malhechores y las guerras de pandillas.

Situaciones complejas de emergencia

Según la definición del Comité Permanente entre Organismos (2) —el mecanismo básico de las Naciones Unidas para la coordinación de la ayuda humanitaria en respuesta a situaciones de emergencia complejas y graves— una situación compleja de emergencia es:

“una crisis humanitaria en un país, región o sociedad, donde hay un deterioro total o considerable de la autoridad como resultado de conflictos internos o externos, que requiere una respuesta internacional que va más allá del mandato o la capacidad de cualquier organismo único o del programa nacional en curso de las Naciones Unidas”.

Aunque a veces se aplica para describir otras formas de desastres naturales o producidos por el hombre que tienen una repercusión significativa, el término se utiliza aquí para describir las situaciones de emergencia estrechamente asociadas con conflictos violentos, que a menudo tienen implicaciones políticas trascendentales.

Leaning (3) propone cuatro resultados característicos de las situaciones complejas de emergencia, todos los cuales tienen consecuencias profundas para la salud pública:

- el desplazamiento de poblaciones;
- la destrucción de las redes sociales y los ecosistemas;
- la inseguridad que afecta a la población civil y a otras personas que no participan en la lucha;
- las violaciones de los derechos humanos.

Algunos analistas (4) usan el término “situaciones políticas complejas de emergencia” para destacar la naturaleza política de ciertas crisis. Las situaciones políticas complejas de emergencia tienen las siguientes características:

- trascienden las fronteras;
- sus raíces están ligadas a la competencia por el poder y los recursos;
- son de duración prolongada;
- se producen dentro de las estructuras y divisiones sociales, políticas, económicas y culturales existentes y las reflejan;
- a menudo se caracterizan por un dominio social de carácter “depredador”.

Conflictos armados

Aunque “guerra” es un término que se usa ampliamente para describir los conflictos —y comúnmente se entiende en su sentido histórico como violencia entre estados—, su definición jurídica es polémica. La controversia gira en torno de cuestiones como la cuantificación (por ejemplo, cuántas muertes debe causar la contienda y durante cuánto tiempo debe extenderse para ser calificada como una guerra), de que las hostilidades hayan sido declaradas abiertamente o no, y de cuáles son sus límites geográficos (por ejemplo, si la guerra es necesariamente entre estados o se produce en el interior de un estado). Para evitar estas controversias, y en particular para prevenir las lagunas en la aplicabilidad del derecho humanitario, muchos instrumentos internacionales (como los Convenios de Ginebra de 1949) usan el término “conflicto armado”.

Sin embargo, la gran variedad de conflictos armados y de combatientes implicados ha obligado a los observadores a buscar nuevos términos para

describirlos. Los ejemplos incluyen “guerras nuevas”, para describir los conflictos en los que se han desdibujado los límites entre los conceptos tradicionales de la guerra, la delincuencia organizada y las violaciones a gran escala de los derechos humanos (5), y “guerra asimétrica”. Este último término, que se asocia estrechamente con el fenómeno del terrorismo moderno (6), se usa para describir una forma de conflicto en la cual un grupo organizado —que carece de fuerza militar y poder económico— procura atacar los puntos débiles intrínsecos de sociedades relativamente prósperas y abiertas. Los ataques tienen lugar con armas y tácticas no convencionales y sin respeto por códigos de conducta militares o políticos.

El genocidio

El genocidio es una forma particularmente abominable de violencia colectiva, en especial porque sus perpetradores escogen de manera intencional a un grupo de población con el propósito de destruirlo. En consecuencia, el genocidio tiene, por definición, una dimensión colectiva.

Sin embargo, el concepto de genocidio es reciente. Aunque el término fue aplicado retrospectivamente por los historiadores y otras personas a sucesos que ocurrieron antes de 1939 (y se emplea en el sentido histórico en ejemplos citados posteriormente en este capítulo), solo se le dio una definición jurídica después de la segunda guerra mundial. Los horrores del holocausto nazi impulsaron el debate internacional que condujo a la codificación del término en 1948, en la Convención para la Prevención y la Sanción del Delito de Genocidio, que entró en vigencia el 12 de enero de 1951. El artículo 2 de la convención define el genocidio como “cualquiera de los actos mencionados a continuación, perpetrados con la intención de destruir, total o parcialmente, a un grupo nacional, étnico, racial o religioso, como tal:

- matanza de miembros del grupo;
- lesión grave a la integridad física o mental de los miembros del grupo;
- sometimiento intencional del grupo a condiciones de existencia que hayan de acarrear su destrucción física, total o parcial;

- medidas destinadas a impedir los nacimientos en el seno del grupo;
- traslado por fuerza de niños del grupo a otro grupo”.

El delito de genocidio está penado en la convención, junto con la complicidad en el genocidio y la conspiración, la incitación directa y pública al genocidio y el intento de cometerlo.

Después del conflicto de 1994 en Rwanda, el Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas expresó en diversas resoluciones su profunda preocupación por los informes de genocidio y decidió establecer un Tribunal Penal Internacional para Rwanda. El Tribunal ya ha impuesto y confirmado en apelación varias sentencias por genocidio. La Cámara de Primera Instancia del Tribunal Penal Internacional para la antigua Yugoslavia dictó, en agosto de 2001, su primera sentencia por genocidio en el contexto del conflicto en Bosnia y Herzegovina, en relación con la masacre de musulmanes bosnios que tuvo lugar en Srebrenica en julio de 1995.

Datos sobre la violencia colectiva

Fuentes de datos

Diversos institutos de investigación recopilan y analizan los datos sobre las víctimas de los conflictos tanto internacionales como dentro de un país. Entre ellos están el Instituto Internacional de Estocolmo para la Investigación de la Paz (SIPRI), que ha elaborado un formato detallado y estandarizado para sus informes anuales sobre la repercusión de los conflictos, y el proyecto Correlates of War [Correlaciones de la Guerra], de la Universidad de Michigan (Estados Unidos), una fuente ampliamente citada en relación con la magnitud y las causas de los conflictos desde el siglo XIX hasta la actualidad.

Los datos concernientes específicamente a la tortura y la violación de los derechos humanos son recogidos por una gama amplia de organismos nacionales de derechos humanos, así como por un número creciente de organizaciones no gubernamentales internacionales, tales como Derechos Africanos, Amnistía Internacional y Human Rights Watch. En los Países Bajos, el Programa de Investigaciones Interdisciplinarias sobre las Causas Fundamentales de las Violaciones de los Derechos

Humanos vigila las defunciones y otras consecuencias de los abusos en todo el mundo.

Problemas con la recopilación de datos

La mayoría de los países pobres carecen de sistemas fiables de registro de datos concernientes a la salud, lo cual hace particularmente difícil determinar la proporción de defunciones, enfermedades y discapacidad relacionadas con los conflictos. Además, las situaciones complejas de emergencia invariablemente desorganizan los sistemas de vigilancia e información existentes (7). No obstante, se han ideado algunas técnicas innovadoras para superar estas dificultades. En Guatemala, se combinaron tres compilaciones distintas de datos junto con los datos aportados por los testigos y las víctimas para llegar a una estimación del total de defunciones causadas por la guerra civil. Este método indicó que habían perdido la vida alrededor de 132 000 personas. La cifra registrada oficialmente fue muy inferior, ya que no se contabilizaron unas 100 000 defunciones (8).

Las bajas entre las fuerzas armadas se registran en general según los procedimientos militares prescritos y las cifras probablemente sean bastante exactas. Las cifras concernientes a los genocidios evidentemente están expuestas a mayor manipulación y, por lo tanto, son más difíciles de confirmar. Las estimaciones de las matanzas en masa de la población civil pueden variar hasta por un factor de 10. En el genocidio rwandés de 1994, las defunciones calculadas variaron de 500 000 a 1 000 000. En Timor Oriental, se informó la desaparición de decenas de miles de personas inmediatamente después del conflicto en 1999, y varios meses más tarde todavía era poco claro si los cálculos originales habían sido correctos. Poco se sabe con certeza acerca del número de víctimas en el conflicto en la República Democrática del Congo entre 1998 y 2001, si bien estimaciones recientes han señalado que probablemente han perdido la vida más de 2,5 millones de personas (9).

Se afrontan muchas dificultades al recopilar los datos, entre ellas los problemas de evaluar la salud y la mortalidad en poblaciones que cambian rápidamente, la falta de acceso a servicios en los cuales se puedan recopilar datos y una serie de sesgos. Las

partes implicadas en los conflictos a menudo tratan de manipular los datos sobre las víctimas y los recursos. Por consiguiente, es probable que haya sesgos en la información y en la forma en que se cuentan las víctimas. Por este motivo, las organizaciones de la sociedad civil tienen un papel importante que desempeñar en la documentación de los casos de violencia colectiva. Los datos sobre violaciones de los derechos humanos también suelen ser difíciles de comprobar, ya que los autores de esas violaciones hacen todo lo posible —mediante secuestros, desapariciones y asesinatos políticos— por ocultar las pruebas de sus actos. Varios organismos, como Amnistía Internacional, Human Rights Watch y Médicos en pro de los Derechos Humanos, han creado técnicas integrales para reunir, evaluar y verificar los datos sobre violaciones de los derechos humanos.

La magnitud del problema

La Organización Mundial de la Salud calcula que cerca de 310 000 personas murieron por heridas relacionadas con la guerra en el año 2000 (véase el Anexo estadístico). Estas defunciones se registran según los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) para las lesiones resultantes de operaciones de guerra (CIE-9¹ E990–E999 o CIE-10² Y36). Las tasas de defunciones relacionadas con la guerra variaron de menos de 1 por 100 000 habitantes en los países de ingreso alto a 6,2 por 100 000 en los países de ingreso bajo y mediano. En todo el mundo, las tasas más altas de defunciones relacionadas con la guerra se encontraron en la Región de África de la OMS (32,0 por 100 000), seguida por los países de ingreso bajo y mediano de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS (8,2 por 100 000) y de la Región de Europa de la OMS (7,6 por 100 000), respectivamente.

Las víctimas de los conflictos

Entre los siglos XVI y XX, los totales calculados de defunciones relacionadas con los conflictos fueron,

respectivamente en cada siglo, de 1,6 millones, 6,1 millones, 7,0 millones, 19,4 millones y 109,7 millones (12, 13). Esas cifras, naturalmente, ocultan las circunstancias en las que murieron las personas. Por ejemplo, se estima que 6 millones de personas perdieron la vida en la captura y el transporte de esclavos durante cuatro siglos, y 10 millones de indígenas americanos murieron a manos de los colonizadores europeos.

Según una estimación (14), alrededor de 191 millones de personas perdieron la vida directa o indirectamente en los 25 casos principales de violencia colectiva en el siglo XX, y 60% de esas defunciones correspondieron a personas que no participaban en la lucha. Además de la primera y la segunda guerras mundiales, dos de los sucesos más catastróficos en pérdidas humanas fueron el exterminio en el período del terror estalinista y la muerte de millones de personas en China durante el Gran Salto Adelante (1958-1960). Persiste en ambos casos la incertidumbre en torno a la magnitud de las pérdidas humanas. Las defunciones relacionadas con conflictos en los 25 casos más importantes correspondieron a unos 39 millones de soldados y 33 millones de civiles. La hambruna relacionada con conflictos o el genocidio en el siglo XX acabó con otros 40 millones de personas.

Un hecho relativamente nuevo en los conflictos armados es el número cada vez mayor de defunciones violentas de civiles empleados de las Naciones Unidas y trabajadores de organizaciones no gubernamentales en las zonas de conflicto. Entre 1985 y 1998 se produjeron más de 380 defunciones entre los trabajadores humanitarios (15) y murieron más civiles miembros del personal de las Naciones Unidas que integrantes de las tropas de mantenimiento de la paz de la organización.

La tortura y la violación sexual

La tortura es una práctica común en muchos conflictos (recuadro 8.1). Dado que las víctimas tienden a ocultar el trauma que han sufrido y que hay también presiones políticas para encubrir el empleo de la tortura, es difícil calcular cuán generalizada está.

La violación sexual como arma de guerra también ha sido documentada en numerosos conflictos.

¹ Clasificación internacional de enfermedades, novena revisión (10).

² Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, décima revisión (11).

RECUADRO 8.1**La tortura**

Varios tratados internacionales han definido la tortura. La Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1984 se refiere a “todo acto por el cual se inflija intencionadamente a una persona dolores o sufrimientos graves, ya sean físicos o mentales”, con el fin de obtener información o una confesión, de castigarla, intimidarla o coaccionarla, “o por cualquier razón basada en cualquier tipo de discriminación”. La Convención hace referencia a la tortura infligida por un funcionario público u otra persona en el ejercicio de funciones oficiales.

Al preparar su informe de 2000 sobre la tortura (16), la organización de derechos humanos Amnistía Internacional encontró en más de 150 países informes de tortura o malos tratos a manos de funcionarios. En más de 70 países, al parecer la práctica estaba generalizada y en más de 80 murieron personas presuntamente como resultado de la tortura. La mayoría de las víctimas parecían haber sido personas sospechosas o declaradas culpables de haber cometido delitos penales, y la mayor parte de los torturadores eran oficiales de la policía.

Es muy posible que la notificación de los casos de tortura de presuntos delincuentes sea incompleta, ya que en general es menos probable que las víctimas presenten quejas. En algunos países, la práctica inveterada de torturar a los delincuentes comunes atrae la atención solo cuando ha disminuido la represión política más evidente. A falta de adiestramiento y mecanismos de investigación adecuados, tal vez la policía recurra a la tortura o los malos tratos para conseguir rápidamente confesiones y condenas.

En algunos casos de tortura, la finalidad es extraer información, obtener una confesión (ya sea cierta o falsa), forzar la colaboración o “quebrantar” a la víctima como un ejemplo para otros. En otros casos, el castigo y la humillación son el objetivo primario. La tortura es también a veces empleada como medio de extorsión. Una vez establecido, el régimen de tortura puede perpetuarse.

La tortura tiene graves consecuencias para la salud pública, pues daña la salud mental y física de las personas. Las víctimas pueden quedarse en su propio país y adaptarse como mejor puedan, con o sin apoyo médico y psicosocial. Si sus necesidades no son adecuadamente atendidas, corren el riesgo de convertirse en miembros cada vez más enajenados o disfuncionales de la sociedad. Lo mismo sucede cuando se exilian. Los datos existentes sobre personas que buscan asilo, algunas de las cuales han sufrido la tortura en su país de origen, revelan que tienen considerables necesidades de salud (17, 18).

Cuando no se controla el empleo de la tortura, se promueve la práctica deficiente por parte de las fuerzas policiales y de seguridad y una mayor tolerancia de las violaciones de los derechos humanos y la violencia. Diversas organizaciones de profesionales de la salud han adoptado una posición enérgica contra la tortura, pues consideran que su prevención está estrechamente vinculada con su vocación médica y el bien de la salud pública (19). Las organizaciones no gubernamentales también han promovido la prevención (20).

Se ha recomendado para uso a nivel mundial un mecanismo particular de control, el sistema de inspección del Consejo de Europa. Un proyecto de “Protocolo Optativo” a la Convención de las Naciones Unidas sobre la Tortura proporcionaría un sistema similar de inspección en los lugares de detención. Hasta la fecha, ha sido lento el progreso en la elaboración de ese Protocolo Optativo.

Las iniciativas para investigar y documentar la tortura se han incrementado en los últimos años. Las pautas de las Naciones Unidas para la evaluación y el registro de las pruebas médicas de la tortura, conocidas como el “Protocolo de Estambul”, fueron elaboradas en 1999 por científicos forenses, médicos, supervisores de derechos humanos y abogados de 15 países, y se publicaron dos años después (21).

Aunque las mujeres constituyen la abrumadora mayoría de las víctimas de violación, también se produce la violación de varones en los conflictos. Las estimaciones del número de mujeres violadas en Bosnia y Herzegovina durante el conflicto que tuvo lugar entre 1992 y 1995 varían de 10 000 a 60 000 (22). En los últimos decenios también se han documentado casos de violaciones durante los conflictos violentos de Bangladesh, Liberia, Rwanda y Uganda, entre otros países (véase el capítulo 6). La violación a menudo se usa para aterrorizar y desmoralizar a las comunidades, obligar a las personas a huir y destruir las estructuras comunitarias. Los efectos físicos y psíquicos sobre las víctimas son muy profundos (23, 24).

La naturaleza de los conflictos

Desde la segunda guerra mundial, ha habido un total de 190 conflictos armados, de los cuales solo uno de ellos fue entre estados. En realidad, los conflictos actuales tienen lugar cada vez más dentro de un mismo estado. La mayoría de los conflictos armados que estallaron después de la segunda guerra mundial han durado menos de seis meses, pero los que se prolongaron por más tiempo a menudo continuaron durante muchos años. Por ejemplo, en Viet Nam, el conflicto violento abarcó más de dos decenios. Otros casos similares son los conflictos de Afganistán y Angola. El número total de conflictos armados en curso fue de menos de 20 en los años cincuenta, más de 30 en los años sesenta y setenta, y se elevó a más de 50 a fines de los años ochenta. Si bien hubo menos conflictos armados en curso después de 1992, los que se produjeron fueron, por término medio, de mayor duración.

A pesar de que los conflictos dentro de los estados son los más frecuentes, todavía se producen enfrentamientos armados entre los países. Se calcula que en la guerra entre Iraq y la República Islámica del Irán, que duró de 1980 a 1988, murieron 450 000 soldados y 50 000 civiles (13). El conflicto entre Eritrea y Etiopía a fines del siglo XX en gran parte se dirimió entre dos ejércitos tradicionales, con armamento pesado y guerra de trincheras, y se cobró decenas de miles de vidas. También ha habido coaliciones de fuerzas multinacionales

involucradas en conflictos mediante ataques aéreos masivos, como en la Guerra del Golfo contra Iraq en 1991 y en la campaña de la Organización del Tratado del Atlántico del Norte (OTAN) contra la República Federativa de Yugoslavia en 1999.

Muchos de los conflictos producidos desde el final de la segunda guerra mundial han tenido lugar en países en desarrollo. Después del colapso de los regímenes comunistas en Europa oriental y la antigua Unión Soviética a fines de los años ochenta y principios de los noventa, se produjo durante un tiempo un aumento brusco de conflictos armados en Europa.

La extensión de la zona del conflicto ha cambiado en forma radical en los dos últimos siglos. Hasta principios del siglo XIX, las acciones bélicas entre los estados se desarrollaban en un “campo de batalla”. La movilización de ciudadanos reclutados en masa como soldados durante las guerras napoleónicas creó campos de batalla más grandes, pero esencialmente similares. El desarrollo de los ferrocarriles y la mecanización del transporte colectivo en el siglo XIX aumentaron la movilidad de los ejércitos en zonas geográficas más amplias. Después, la fabricación de tanques, submarinos, aviones cazabombarderos y proyectiles guiados por láser sentó las bases de campos de batalla sin límites geográficos. Los conflictos recientes, como el librado en 1999 por la OTAN contra la República Federativa de Yugoslavia, se han denominado “guerras virtuales” (25), debido al grado en que en ellos se emplean proyectiles controlados a distancia, sin participación de las fuerzas terrestres.

¿Cuáles son los factores de riesgo en la violencia colectiva?

La buena práctica de salud pública requiere identificar tanto los factores de riesgo como los determinantes de la violencia colectiva y concebir estrategias para resolver los conflictos sin recurrir a la violencia. Se han identificado una serie de factores de riesgo de conflictos políticos importantes. En particular, la Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict (26) ha enumerado diversos indicadores para países en riesgo de colapso y conflictos internos (cuadro 8.1). En combinación, estos

factores interactúan unos con otros y crean condiciones propicias para que se desencadenen conflictos violentos. Por sí solos, quizá ninguno de ellos sea suficiente para conducir a la violencia o desintegración de un Estado.

Los factores de riesgo de conflictos violentos se dividen de la siguiente manera:

- Factores políticos:
 - la ausencia de procesos democráticos;
 - el acceso desigual al poder.
- Factores económicos:
 - la distribución excesivamente desigual de los recursos;
 - el acceso desigual a los recursos;
 - el control de los recursos naturales esenciales;
 - el control de la producción o comercialización de drogas.
- Factores sociales y de la comunidad:
 - la desigualdad entre grupos;
 - la instigación al fanatismo de los grupos, aprovechando características étnicas, nacionales o religiosas;
 - la disponibilidad de armas pequeñas y de otro tipo.
- Factores demográficos:
 - los cambios demográficos rápidos.

Muchos de estos factores de riesgo pueden ser identificados antes de que se produzca la violencia colectiva abierta.

Factores políticos y económicos

La distribución excesivamente desigual de los recursos, en particular de los servicios de salud y educación, y las diferencias en el acceso a estos recursos y al poder político —ya sea por zona geográfica, clase social, religión, raza o grupo étnico— son factores importantes que pueden contribuir a originar conflictos entre los grupos.

El liderazgo no democrático, especialmente cuando es represivo y el poder emana de una identidad étnica o religiosa, es un poderoso factor contribuyente a los conflictos. La disminución de los servicios públicos, que suele afectar particularmente a los sectores más pobres de la sociedad, quizá sea un signo temprano de una situación en deterioro.

El conflicto es menos probable en situaciones de crecimiento económico que en épocas de recesión, en las que se intensifica la competencia por los recursos.

La globalización

Las tendencias de la economía mundial han acelerado el ritmo de la integración y el crecimiento económico para algunos países y para algunos grupos

CUADRO 8.1

Indicadores para países en riesgo de colapso y conflictos internos

Indicador	Signos
Desigualdad	<ul style="list-style-type: none"> • Crecientes desigualdades sociales y económicas, especialmente entre grupos definidos de la población, más que dentro de esos grupos
Características demográficas rápidamente cambiantes	<ul style="list-style-type: none"> • Tasas elevadas de mortalidad infantil • Cambios rápidos en la estructura de la población, incluidos los desplazamientos a gran escala de refugiados • Densidad demográfica excesivamente alta • Niveles elevados de desempleo, en particular entre gran número de jóvenes • Abastecimiento insuficiente de alimentos o falta de acceso al agua potable • Disputas de tierras o de recursos ambientales entre grupos étnicos distintos
Falta de procesos democráticos	<ul style="list-style-type: none"> • Violaciones de los derechos humanos • Comportamiento delictivo del Estado • Gobiernos corruptos
Inestabilidad política	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios rápidos de los regímenes
Composición étnica del grupo gobernante drásticamente diferente a la de la población general	<ul style="list-style-type: none"> • Poder político y económico ejercido —y aplicado en forma diferencial— según la identidad étnica o religiosa • Profanación de símbolos étnicos o religiosos
Deterioro de los servicios públicos	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución significativa del alcance y eficacia de las redes de seguridad social destinadas a asegurar las normas universales mínimas del servicio
Declinación económica grave	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo económico desigual • Ganancias o pérdidas excesivamente desiguales entre diferentes grupos de población o zonas geográficas como resultado de grandes cambios económicos • Transferencias o pérdidas económicas masivas en períodos breves
Ciclos de venganza violenta	<ul style="list-style-type: none"> • Un ciclo continuo de violencia entre grupos rivales

dentro de los países y, al mismo tiempo, han contribuido a la fragmentación y marginación económica de otros países y grupos. Otros posibles factores de riesgo de conflictos vinculados con la globalización pueden ser de índole financiera (los frecuentemente grandes y rápidos movimientos de divisas en todo el mundo) y cultural (las aspiraciones individuales y colectivas instigadas por los medios de difusión en todo el mundo, pero que no pueden concretarse en la realidad). No se sabe aún si las tendencias actuales en la globalización conducirán a más conflictos y mayor violencia dentro de los estados o entre ellos. La figura 8.1 muestra las posibles conexiones entre las tendencias de la globalización y los conflictos (27).

Los recursos naturales

Las pugnas por el control de los recursos naturales esenciales suelen desempeñar un papel clave en el estallido y la prolongación de los conflictos. Hay ejemplos de conflictos en los dos últimos decenios que se relacionan con los diamantes en Angola, la República Democrática del Congo y Sierra Leona; con el petróleo en Angola y al sur de Sudán; y con la madera y las piedras preciosas en Camboya. En otros lugares, como Afganistán, Colombia y Myanmar, el afán de controlar la producción y distribución de

drogas han contribuido a desencadenar conflictos violentos.

Factores sociales y comunitarios

Un factor de riesgo particularmente importante asociado al surgimiento de conflictos es la existencia de desigualdades entre grupos, especialmente cuando se van ampliando (28) y se considera que reflejan una asignación desigual de los recursos dentro de la sociedad. Este factor se observa a menudo en los países donde el gobierno es dominado por una sola comunidad, que ejerce el poder político, militar y económico sobre comunidades muy diferentes.

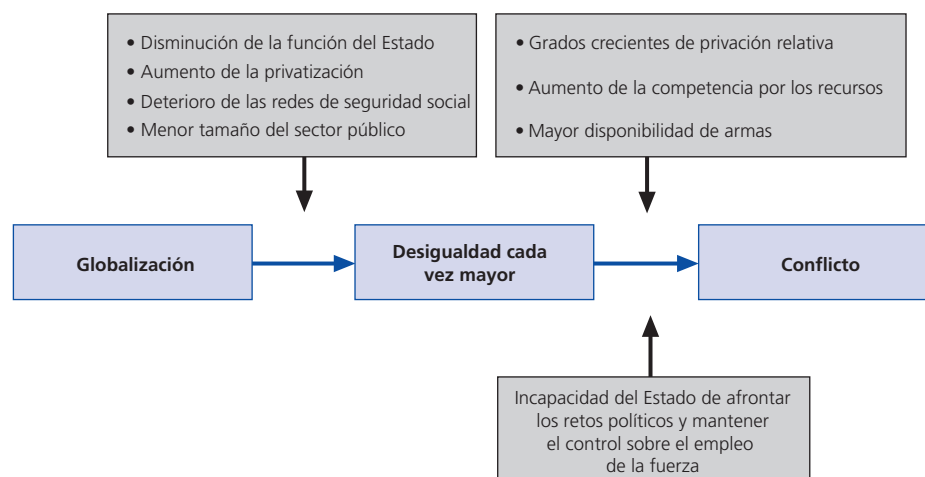
La disponibilidad inmediata de armas pequeñas o de otro tipo en la población en general también puede aumentar el riesgo de conflicto. Esto es particularmente problemático en los lugares donde ha habido anteriormente conflictos y son inadecuados los programas de desmovilización, decomiso de las armas y creación de empleos para los ex soldados, o donde no se han establecido estas medidas.

Factores demográficos

Los cambios demográficos rápidos, por ejemplo el aumento de la densidad de población y de la proporción de jóvenes, combinados con la incapacidad

FIGURA 8.1

Posibles vínculos entre la globalización, las desigualdades y los conflictos



del Estado de incrementar las oportunidades laborales y educativas en forma paralela al crecimiento de la población, puede contribuir a que se produzcan conflictos violentos, en particular cuando también están presentes otros factores de riesgo. En estas condiciones, quizá se produzcan grandes desplazamientos de personas que buscan desesperadamente una vida más sostenible en otro sitio, y esto a su vez puede aumentar el riesgo de violencia en las zonas a las que se trasladan.

Factores tecnológicos

El nivel de la tecnología de las armas no afecta necesariamente al riesgo de conflicto, pero determina la escala de cualquier conflicto y la magnitud de la destrucción que tendrá lugar. Hace muchos siglos, el progreso de la flecha a la ballesta aumentó el alcance y la fuerza destructiva de las armas que disparan proyectiles. Mucho después, se inventaron armas de fuego primitivas, que fueron seguidas de los fusiles, las ametralladoras y las pistolas ametralladoras. La capacidad de disparar más balas con mayor rapidez y con más alcance y exactitud, ha aumentado enormemente el poder destructivo de estas armas.

No obstante, aun las armas básicas, como el machete, pueden contribuir a que se produzca una destrucción humana masiva, según se comprobó en el genocidio en Rwanda en 1994 (29). En los actos terroristas cometidos en Estados Unidos el 11 de septiembre de 2001, donde los aviones de pasajeros secuestrados fueron deliberadamente lanzados contra las Torres Gemelas del World Trade Center y el Pentágono, causando la muerte de varios miles de personas, las armas tradicionales no desempeñaron un papel importante.

Consecuencias de la violencia colectiva

Repercusiones sobre la salud

Las repercusiones de los conflictos sobre la salud pueden ser muy graves en términos de mortalidad, morbilidad y discapacidad (cuadro 8.2).

La mortalidad infantil

Por lo general, en tiempos de conflicto aumentan las tasas de mortalidad infantil. Enfermedades prevenibles como el sarampión, el tétanos y la difteria pueden tornarse epidémicas. A mediados de los

CUADRO 8.2

Ejemplos de las repercusiones directas de los conflictos sobre la salud

Efecto sanitario	Causas
Mayor mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> • Defunciones por causas externas, principalmente relacionadas con las armas • Defunciones debidas a enfermedades infecciosas (como el sarampión, la poliomielitis, el tétanos y la malaria) • Defunciones causadas por enfermedades no transmisibles, y defunciones que pueden evitarse con atención médica (como las ocasionadas por el asma, la diabetes y operaciones quirúrgicas de urgencia)
Mayor morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones por causas externas, como las provocadas por las armas, la mutilación, las minas terrestres antipersonales, las quemaduras y las intoxicaciones • Morbilidad asociada con otras causas externas, como la violencia sexual • Enfermedades infecciosas: <ul style="list-style-type: none"> – relacionadas con el agua (como el cólera, la fiebre tifoidea, y la disentería provocada por <i>Shigella</i> spp.) – transmitidas por vectores (como la malaria y la oncocercosis) – otras enfermedades transmisibles (como la tuberculosis, las infecciones respiratorias agudas, la infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual) • Salud reproductiva: <ul style="list-style-type: none"> – un mayor número de mortinatos y nacimientos prematuros, más casos de bajo peso al nacer y más complicaciones de partos – repercusiones genéticas a más largo plazo de la exposición a los productos químicos y la radiación • Nutrición: <ul style="list-style-type: none"> – malnutrición aguda y crónica y una serie de trastornos por carencias • Salud mental: <ul style="list-style-type: none"> – ansiedad – depresión – trastorno postraumático por estrés – comportamiento suicida
Mayor discapacidad	<ul style="list-style-type: none"> • Física • Psíquica • Social

años ochenta, la mortalidad infantil en Uganda aumentó a más de 600 por 1 000 en algunas zonas afectadas por el conflicto (30). Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, se informaron reducciones de la mortalidad infantil en todos los países de África meridional durante el período comprendido entre 1960 y 1986, con la excepción de Angola y Mozambique, ambos países afectados por conflictos en curso (31). Los esfuerzos por erradicar enfermedades infecciosas como la poliomielitis son obstaculizados por focos residuales de la enfermedad en las zonas afectadas por los conflictos.

En Zepa (Bosnia y Herzegovina) —“zona segura” controlada por las Naciones Unidas posteriormente invadida por fuerzas serbiobosnias— las tasas de mortalidad perinatal e infantil se duplicaron al cabo de solo un año de conflicto. En Sarajevo, los nacimientos de niños prematuros se habían duplicado y los pesos medios al nacer se habían reducido en un 20% para 1993.

Enfermedades transmisibles

El mayor riesgo de enfermedades transmisibles durante los conflictos en general se origina en:

- la disminución de la cobertura de vacunación;
- los desplazamientos de la población y el hacinamiento en los campamentos de refugiados;
- la mayor exposición a los vectores y los riesgos ambientales, como el agua contaminada;
- la merma de las campañas de salud pública y las actividades de extensión;
- la falta de acceso a los servicios de atención de salud.

Durante la contienda en Bosnia y Herzegovina, menos de 35% de los niños, estaban inmunizados en 1994 frente a 95% de antes de que se rompieran las hostilidades (32, 33). En Iraq, la cobertura de vacunación disminuyó bruscamente después de la Guerra del Golfo en 1991 y la ulterior imposición de sanciones económicas y políticas. Sin embargo, datos recientes de El Salvador indican que es posible, con intervenciones selectivas de atención de salud y el suministro de recursos adecuados, mejorar ciertos problemas de salud durante los conflictos (34).

En Nicaragua, en 1985 y 1986, una epidemia de sarampión fue en gran parte atribuida a la disminución de la capacidad de los servicios de salud de vacunar a los niños en riesgo en las zonas afectadas por el conflicto (35). En Etiopía (36) y Mozambique (37), el deterioro de las actividades de control de la malaria se vinculó con epidemias de esta enfermedad, lo que pone de relieve la vulnerabilidad de los programas de control de enfermedades en tiempos de conflicto. Muchos opinaron que el brote de fiebre hemorrágica de Ebola en Gulu (Uganda) en el año 2000 estaba relacionado con el retorno de las tropas que habían combatido en la República Democrática del Congo.

En Etiopía, a fines de los años ochenta, se pensó que las epidemias de tifus y de fiebre recurrente —enfermedades infecciosas transmitidas por garrapatas, pulgas o piojos infectados— provenían de los sobrepoblados campamentos del ejército, las prisiones y los campamentos de socorro, así como de la venta de frazadas y ropa infectadas que los soldados en retirada vendían en las comunidades locales (36). En el éxodo de Rwanda en 1994, las epidemias de enfermedades relacionadas con el agua, como el cólera y la disentería, causadas por especies de *Shigella*, condujeron en el lapso de un mes a la muerte de 6% a 10% de la población de refugiados que llegaban a Zaire (ahora conocido como la República Democrática del Congo) (38). La tasa bruta de mortalidad de 20–35 por 10 000 habitantes por día fue de dos a tres veces más alta que la anteriormente informada en las poblaciones de refugiados.

Durante los conflictos violentos y después de ellos, suele aumentar sustancialmente el riesgo de transmisión de la infección por el VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual (39). En las fuerzas armadas de algunos países, ya ha alcanzado altos niveles la prevalencia de la infección por el VIH (40). En épocas de conflicto, las fuerzas militares (a veces incluidos también los cuerpos encargados del mantenimiento de la paz) se arrogan el derecho de exigir servicios sexuales a las personas del lugar, ya sea por la fuerza o mediante un pago (41). La infección por el VIH y otras enfermedades de transmisión sexual se difunde aún más debido a

la alta movilidad de las tropas y su ulterior retorno a diferentes regiones después de la desmovilización (36, 42, 43). En términos generales, los refugiados y los desplazados internos a causa de los conflictos corren mayor riesgo de contraer la infección por el VIH (44) porque:

- Son en general más vulnerables al abuso sexual y la violencia.
- Es más probable que se dediquen a la prostitución al verse privadas de sus fuentes normales de ingresos para sobrevivir.
- Los niños desplazados, que tienen poco en que ocuparse y posiblemente a nadie que los vigile, pueden volverse sexualmente activos antes de lo normal.
- La sangre usada para las transfusiones en los casos de emergencia quizá no haya sido sometida a exámenes para detectar el VIH.

Discapacidad

Son escasos los datos sobre la discapacidad relacionada con los conflictos. Una encuesta realizada a nivel nacional en Zimbabwe en 1982 encontró que 13% de las discapacidades físicas se produjeron durante el conflicto armado anterior. Más de 30 años de conflicto armado en Etiopía causaron la muerte de cerca de un millón de personas, de las que aproximadamente la mitad eran civiles (36). Cerca de la tercera parte de los 300 000 soldados que regresaron del frente al terminar el conflicto estaban heridos o discapacitados, y por lo menos 40 000 personas habían perdido una o más extremidades.

Las minas terrestres son una causa importante de discapacidad. En Camboya, 36 000 personas, es decir, 1 de cada 236 habitantes, han perdido al menos una extremidad por la explosión accidental de una mina terrestre (45). Un total de 6 000 personas sufrieron discapacidades por esta causa en 1990. En los años ochenta se colocaron en Afganistán más de 30 millones de minas.

En algunos conflictos, la mutilación seccionando las orejas o los labios, tal como se practicó en Mozambique durante la guerra civil (46), o de las extremidades, como se hizo más recientemente en Sierra Leona (47), ha sido una estrategia usada sistemáticamente para desmoralizar a las fuerzas opositoras.

Salud mental

El efecto de los conflictos sobre la salud mental depende de diversos factores, entre ellos (48):

- la salud psíquica de los afectados, antes del conflicto;
- la naturaleza del conflicto;
- el tipo de trauma (ya sea que provenga de haber vivido y presenciado actos de violencia o que haya sido infligido directamente, como sucede en los casos de tortura y otros tipos de violencia represiva);
- la respuesta al trauma por parte de los individuos y las comunidades;
- el contexto cultural en el cual ocurre la violencia.

El estrés psíquico relacionado con los conflictos se asocia con los siguientes factores o es el resultado de ellos (49):

- el desplazamiento, ya sea forzoso o voluntario;
- la pérdida y la aflicción;
- el aislamiento social;
- la pérdida de la posición social;
- la pérdida de la comunidad;
- en algunos entornos, la aculturación resultante del contacto con entornos nuevos.

Las manifestaciones del estrés pueden ser:

- depresión y ansiedad;
- afecciones psicósomáticas;
- comportamiento suicida;
- conflicto intrafamiliar;
- abuso del alcohol;
- comportamiento antisocial.

Los refugiados solteros y aislados, así como las mujeres que son jefas de familia, pueden estar expuestos a un riesgo particular de padecer estrés psíquico.

Algunos expertos (48, 50) han advertido acerca del error que implica suponer que las personas no tienen la capacidad y adaptabilidad necesarias para responder a las condiciones adversas generadas por los conflictos violentos. Otros han advertido sobre el peligro (51) de que los programas de ayuda humanitaria se conviertan en un sustituto del diálogo político con las partes en conflicto, posiblemente a las que más responsabilidad les cabe. Los estudios efectuados en Sudáfrica (52) han encontrado que

no todos los que sufrieron traumas psíquicos bajo el *apartheid* se convirtieron en “víctimas”. En cambio, al menos en algunos casos, los individuos pudieron responder firmemente porque consideraban que luchaban por causas valiosas y legítimas. El modelo médico que atribuye a los individuos el trastorno del “síndrome postraumático de estrés” tal vez no tenga en cuenta la variedad y complejidad de las respuestas humanas a los acontecimientos estresantes (48). Está ahora tornándose más claro que la recuperación del trauma psíquico resultante del conflicto violento se asocia con la reconstrucción de las redes económicas y sociales y de las instituciones culturales (50).

Las tasas más altas de depresión, abuso de sustancias y suicidio a menudo son consecuencia de conflictos violentos (34). Antes de sus dos decenios de conflicto violento, Sri Lanka tenía una tasa general de suicidio mucho más baja que la actual (53). Se han informado resultados similares en El Salvador (34). En ambos casos, el aumento brusco de los suicidios fue, al menos en parte, una secuela de la violencia política.

Desde el punto de vista de la salud mental, las poblaciones afectadas por conflictos violentos pueden clasificarse en tres grupos (54):

- las que tienen enfermedades psiquiátricas discapacitantes;
- las que sufren reacciones psíquicas graves al trauma;
- las que se pueden adaptar una vez que se restauran la paz y el orden, y que son mayoría.

Es probable que los dos primeros grupos se beneficien considerablemente con los servicios de atención de salud mental que tienen en cuenta los factores culturales y socioeconómicos.

Repercusiones en poblaciones específicas

El efecto directo del conflicto sobre la salud de las fuerzas armadas por lo general se registra con cierto grado de precisión; sin embargo, a menudo es especialmente difícil determinar las repercusiones del conflicto sobre determinados grupos. El tamaño y la densidad de la población pueden variar enormemente durante períodos breves cuando las personas se mudan a zonas seguras y a lugares donde se

dispone de más recursos. Este hecho complica la medición de las repercusiones del conflicto sobre la salud.

La población civil

Según los Convenios de Ginebra de 1949, las fuerzas armadas deben aplicar los principios de la proporcionalidad y la distinción en la elección de sus objetivos. La *proporcionalidad* implica tratar de reducir al mínimo las víctimas civiles al perseguir sus objetivos militares y otros conexos. La *distinción* significa evitar objetivos civiles siempre que sea posible (52). A pesar de esos intentos de controlar las repercusiones, los conflictos armados causan muchas muertes en la población civil.

Si bien las muertes de civiles pueden ser el resultado directo de las operaciones militares, las tasas más elevadas de mortalidad entre la población civil en épocas de conflicto son por lo general un reflejo de los efectos combinados de:

- el menor acceso a los alimentos, que conduce a una nutrición deficiente;
- el mayor riesgo de contraer enfermedades transmisibles;
- la reducción del acceso a los servicios de salud;
- la disminución de los programas de salud pública;
- las condiciones ambientales deficientes;
- la zozobra psicosocial.

Los refugiados y los desplazados internos

Las tasas de mortalidad de los refugiados y los desplazados internos suelen ser altas, sobre todo en el período inmediatamente posterior a su emigración (55, 56). Las revisiones de la salud de los refugiados y las poblaciones desplazadas han revelado tasas de mortalidad masivamente elevadas, en el peor caso de hasta 60 veces las tasas de mortalidad previstas durante la fase aguda de desplazamiento (55, 57, 58). En Monrovia (Liberia), la tasa de mortalidad entre la población civil desplazada durante el conflicto en 1990 fue siete veces mayor que la tasa de mortalidad previa (57).

Se producen defunciones por malnutrición, diarrea y enfermedades infecciosas en especial en los niños, mientras que otras enfermedades infecciosas

como la malaria, la tuberculosis y la infección por el VIH, así como una serie de enfermedades no transmisibles, lesiones y violencia, afectan de manera característica a los adultos. El estado previo de salud de la población, su acceso a elementos claves para la salud (tales como alimentos, albergue, agua, saneamiento y servicios de salud), el grado de exposición a nuevas enfermedades y la disponibilidad de recursos tienen gran influencia en la salud de los refugiados durante los conflictos y después de ellos.

Repercusiones demográficas

Una consecuencia del cambio en los métodos de la guerra moderna, donde cada vez más comunidades enteras constituyen el objetivo, ha sido el gran número de personas desplazadas. Las cantidades totales de refugiados que huyen a través de las fronteras nacionales subieron de alrededor de 2,5 millones en 1970 y 11 millones en 1983 a 23 millones en 1997 (59, 60). Además, a comienzos de los años noventa se calculó que 30 millones de personas se

desplazaron dentro de los países en un momento dado (60), la mayoría de ellos para abandonar zonas de conflicto. Los desplazados internos probablemente tienen menos acceso a los recursos y el apoyo internacional que los refugiados que escapan a través de las fronteras, y es también más probable que estén en riesgo continuo de violencia (61).

El cuadro 8.3 muestra los movimientos de los refugiados y los desplazados internos durante los años noventa (62). En África, las Américas y Europa, durante este período hubo muchos más desplazados internos que refugiados, mientras que en Asia y el Medio Oriente sucedió lo contrario.

El reasentamiento forzoso de las poblaciones practicado por algunos gobiernos por razones declaradas de seguridad, ideología o desarrollo, también puede tener efectos graves sobre la salud. Entre 1985 y 1988, alrededor de 5,7 millones de personas, es decir, el 15% de la población rural, fueron trasladadas desde las provincias septentrionales y orientales hasta aldeas del sudeste, conforme a un programa impuesto por el gobierno en Etiopía (63). Durante

CUADRO 8.3

Personas desplazadas dentro de los países y refugiados (en millones), por región y por año

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Personas desplazadas dentro de los países (PDDP)									
África	13,5	14,2	17,4	16,9	15,7	10,2	8,5	7,6	8,8
Américas	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,3	1,2	1,6	1,8
Asia Meridional	3,1	2,7	1,8	0,9	1,8	1,6	2,4	2,2	2,1
Asia Oriental y el Pacífico	0,3	0,7	0,7	0,6	0,6	0,6	1,1	0,8	0,5
Europa	1,0	1,8	1,6	2,8	5,2	5,1	4,7	3,7	3,3
Oriente Medio	1,3	1,4	0,8	2,0	1,7	1,7	1,5	1,5	1,6
Refugiados									
África	5,4	5,3	5,7	5,8	5,9	5,2	3,6	2,9	2,7
Américas	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,1	0,4
Asia Meridional	6,3	6,9	4,7	3,9	3,3	2,8	3,2	3,0	2,9
Asia Oriental y el Pacífico	0,7	0,8	0,5	0,8	0,7	0,6	0,6	0,7	0,7
Europa	0	0,1	2,5	1,9	1,8	1,8	1,9	1,3	1,3
Oriente Medio	3,5	2,8	2,8	3,0	3,8	4,0	4,4	4,3	4,4
Razón PDDP:refugiados									
África	2,5	2,7	3,0	2,9	2,7	2,0	2,4	2,6	3,2
Américas	7,5	10,1	13,5	14,0	11,7	18,3	17,4	27,0	4,9
Asia Meridional	0,5	0,4	0,4	0,2	0,5	0,6	0,8	0,8	0,7
Asia Oriental y el Pacífico	0,5	0,8	1,4	0,8	0,9	0,9	1,6	1,1	0,8
Europa		14,7	0,6	1,4	2,9	2,8	2,5	2,8	2,5
Oriente Medio	0,4	0,5	0,3	0,7	0,4	0,4	0,3	0,3	0,4

Fuente: referencia 62.

el régimen de Pol Pot en Camboya (1975 a 1979), cientos de miles de personas de las zonas urbanas fueron forzadas a trasladarse a las zonas rurales.

Repercusiones socioeconómicas

Las repercusiones económicas de un conflicto pueden ser profundas (64, 65). Es probable que se reduzca drásticamente el gasto público en sectores como el de la salud y la educación cuando el Estado afronta dificultades para recaudar impuestos y recurrir a otras fuentes de ingresos —por ejemplo, el turismo— y aumenta el gasto militar. En Etiopía, el gasto militar aumentó de 11,2% en el presupuesto gubernamental de 1973–1974 a 36,5% en el de 1990–1991, mientras que, simultáneamente, la proporción del presupuesto sanitario descendió en forma drástica, cayendo de 6,1% a 3,2% (36).

Los conflictos también afectan significativamente a los recursos humanos y a la productividad. A nivel doméstico, las fuentes disponibles de ingresos probablemente también se reduzcan en forma considerable. La manipulación de los precios o del suministro de productos esenciales y otras formas de especulación pueden perturbar aun más la vida de las personas.

Se han hecho algunos intentos de medir los costos de oportunidad del desarrollo no alcanzado a causa de un conflicto. Los países en conflicto sistemáticamente han logrado menos avances en cuanto a prolongar la esperanza de vida y reducir la mortalidad infantil y las tasas brutas de mortalidad, comparados con otros países de la misma región que tienen un nivel socioeconómico similar (66). No obstante, en análisis como estos puede ser factor de confusión la influencia simultánea de la pandemia de SIDA, la cual a su vez puede verse exacerbada considerablemente por el conflicto y la inestabilidad (42, 43).

Los alimentos y la producción agropecuaria

A menudo la producción y distribución de alimentos constituye un blanco específico durante los períodos de conflicto (67). En el conflicto en Etiopía entre las fuerzas del gobierno y las fuerzas separatistas de Eritrea y Tigre que tuvo lugar entre 1974 y 1991, se impidió por la fuerza a los agricultores sembrar y cosechar sus cultivos y los soldados robaron

las semillas y el ganado. En Tigre y Eritrea, los combatientes reclutaron a los agricultores, colocaron minas en los campos, confiscaron los alimentos y mataron el ganado bovino (36). La pérdida del ganado priva a los agricultores de un recurso necesario para poner la tierra en producción y, por consiguiente, tiene efectos adversos inmediatos y a largo plazo.

La infraestructura

Los conflictos pueden dañar importantes infraestructuras. En el caso de la infraestructura de agua y saneamiento, el daño causado puede tener efectos directos y graves sobre la salud. En los conflictos en el sur de Sudán y Uganda a principios y mediados de los años ochenta, las bombas manuales para extraer agua en las aldeas fueron deliberadamente destruidas por las tropas del gobierno que operaban en las zonas controladas por las fuerzas rebeldes, y por las guerrillas en las zonas controladas por el gobierno (30). Durante las operaciones militares contra Iraq en 1991, los sistemas de abastecimiento de agua, eliminación de aguas residuales y otros servicios de saneamiento fueron afectados drásticamente por los intensos bombardeos (68).

Los servicios de atención de salud

Las repercusiones del conflicto en los servicios de atención de salud son muy variadas (cuadro 8.4). Antes de la Guerra del Golfo en 1991, los servicios de salud en Iraq asistían a 90% de la población y la gran mayoría de los niños menores de 5 años eran por lo común vacunados. Durante el conflicto, muchos hospitales y consultorios resultaron gravemente dañados y tuvieron que cerrar, mientras que los que todavía funcionaban tenían que atender zonas de captación mucho más grandes. El daño generalizado a los sistemas de abastecimiento de agua y electricidad y de eliminación de aguas residuales redujo aún más la capacidad operativa de los servicios de salud que quedaban (68). En el conflicto violento en Timor Oriental en 1999, después del referéndum para decidir acerca de la independencia, las milicias destruyeron prácticamente todos los servicios de atención de salud. Solo quedó en pie el hospital principal en la ciudad más importante, Dili.

CUADRO 8.4

Efecto del conflicto sobre los servicios de atención de salud

Efecto sobre:	Manifestaciones del efecto
El acceso a los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Menos seguridad (por factores como las minas terrestres y el toque de queda) • Menos acceso geográfico (por ejemplo, por el transporte deficiente) • Menos acceso económico (por ejemplo, debido al aumento de los servicios de salud) • Menos acceso social (por ejemplo, porque los prestadores de los servicios temen ser identificados como participantes en el conflicto)
La infraestructura de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> • Destrucción de los consultorios • Interrupción de los sistemas de referencia de pacientes • Daño a los vehículos y el equipo • Logística y comunicación deficientes
Los recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Lesiones, desaparición y muerte de los trabajadores de atención de salud • Desplazamiento y exilio de las personas • Decaimiento anímico • Dificultad para retener a los trabajadores de atención de salud del sector público, en particular en las zonas inseguras • Interrupción del adiestramiento y la supervisión
El equipamiento y suministros	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de medicamentos • Falta de mantenimiento • Acceso limitado a nuevas tecnologías • Incapacidad de mantener la cadena de frío para las vacunas
Las actividades de atención de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Cambio de la atención primaria a la terciaria • Mayor urbanización de la prestación de atención de salud • Reducción de las actividades periféricas y comunitarias • Contracción de las actividades de extensión, preventivas y de promoción de la salud • Interrupción de la vigilancia y los sistemas de información sanitaria • Desorganización de los programas de control de vectores y de salud pública (incluida la notificación a colaboradores y la detección de casos) • Concentración de los programas en una sola enfermedad (como la malaria) o una única intervención (como la vacunación) • Dependencia de una mayor gama de organizaciones para prestar los servicios de los proyectos
La formulación de la política sanitaria	<ul style="list-style-type: none"> • Debilitamiento de la capacidad nacional • Incapacidad para controlar y coordinar las actividades de las organizaciones no gubernamentales y los donantes • Menos información sobre la cual basar las decisiones • Menos participación en los debates sobre políticas en el plano local e internacional • Debilitamiento de las estructuras de la comunidad y menos participación de esta
Las actividades de ayuda	<ul style="list-style-type: none"> • Acceso limitado a ciertas zonas • Mayor costo de la prestación de servicios • Mayor presión sobre las comunidades, los sistemas y los servicios del país anfitrión • Mayor énfasis en problemas y programas aislados con menos integración entre los servicios • Debilitamiento de la coordinación y comunicación entre los organismos • Mayor inseguridad del personal de socorro

Durante los conflictos y después de ellos, por lo general se desorganiza el suministro de medicamentos, lo que origina aumentos de enfermedades médicamente prevenibles, algunas en potencia mortales, como el asma, la diabetes y una variedad de enfermedades infecciosas. Aparte de los medicamentos, es probable que falte personal médico, equipo de diagnóstico, electricidad y agua, lo que afecta seriamente a la calidad de la atención de salud disponible.

Por lo general, los conflictos violentos también afectan gravemente a los servicios de asistencia sanitaria. En algunos casos, como en Mozambique y Nicaragua, los profesionales de la salud han constituido un blanco específico. En muchas ocasiones el personal capacitado se refugia en zonas urbanas más seguras o puede ocurrir que abandone por completo la profesión. En Uganda, entre 1972 y 1985 la mitad de los médicos y 80% de los farmacéuticos salieron del país para resguardar su seguridad. En Mozambique, solo 15% de los 550 médicos en ejercicio durante el último año del dominio colonial portugués estaban todavía allí cuando concluyó la guerra de la independencia, en 1975 (69).

¿Qué se puede hacer para prevenir la violencia colectiva?

Reducir el potencial de conflictos violentos

Entre las políticas necesarias para reducir el potencial de conflictos violentos en el mundo, cualquiera que sea el tipo de conflicto, figuran (70):

- Reducir la pobreza, tanto en términos absolutos como relativos, y velar por que la ayuda al desarrollo esté asignada de modo que asegure el máximo impacto sobre la pobreza.
- Hacer más responsable la toma de decisiones.
- Disminuir las desigualdades entre los grupos de la sociedad.
- Reducir el acceso a las armas biológicas, químicas, nucleares y de otro tipo.

Promoción del cumplimiento de los convenios internacionales

Un elemento importante para prevenir conflictos violentos y otras formas de violencia colectiva es impulsar la promoción y aplicación de los tratados internacionalmente acordados, en especial los relacionados con los derechos humanos.

Los gobiernos nacionales pueden ayudar a prevenir los conflictos defendiendo el espíritu de la Carta de las Naciones Unidas, que insta a prevenir la agresión y promover la paz y la seguridad internacionales. En un plano más detallado, esto supone observar las disposiciones jurídicas internacionales, como los Convenios de Ginebra de 1949 y sus Protocolos de 1977.

Las leyes concernientes a los derechos humanos, sobre todo las que se originan en el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, ponen límites a la forma en que los gobiernos ejercen su autoridad sobre las personas que están bajo su jurisdicción y prohíben incondicionalmente, entre otros actos, la tortura y el genocidio. El establecimiento del Tribunal Penal Internacional asegurará un mecanismo permanente para tratar los crímenes de guerra y los crímenes contra la humanidad. También puede proporcionar elementos disuasivos contra la violencia dirigida a las poblaciones civiles.

Los intentos de establecer tratados y convenios que cubran la violencia colectiva, con elementos disuasivos contra la violación de los derechos humanos y sanciones que la penalicen, suelen ser más eficaces en relación con la violencia entre los estados y tienen en general mucho menos poder dentro de las fronteras nacionales, que es donde los conflictos son cada vez más frecuentes.

Los posibles beneficios de la globalización

La globalización está generando nuevas maneras de acrecentar la conciencia y los conocimientos del público acerca de los conflictos violentos, sus causas y sus consecuencias. Las tecnologías que están apareciendo proporcionan nuevos medios no solo para el intercambio de ideas sino también para presionar a los responsables políticos con el fin de que se incremente la responsabilidad y la política de buen gobierno y se reduzcan las desigualdades y las injusticias sociales.

Son cada vez más las organizaciones internacionales —incluidas Amnistía Internacional, Human Rights Watch, la Campaña Internacional para la Prohibición de las Minas Terrestres y Médicos en pro de los Derechos Humanos— que vigilan los conflictos e instan a adoptar medidas preventivas o correctivas. A través de estas organizaciones y por otros medios, los individuos y los grupos afectados por los conflictos pueden ahora usar las nuevas tecnologías para transmitir sus experiencias y preocupaciones a un público más amplio.

La función del sector de la salud

La inversión en el desarrollo sanitario también contribuye a prevenir los conflictos violentos. Hacer especial hincapié en los servicios sociales puede ayudar a mantener la cohesión y estabilidad sociales.

A menudo se pueden detectar en el sector de la salud manifestaciones tempranas de potenciales situaciones de conflicto. Los trabajadores de la atención sanitaria desempeñan un papel clave tanto en llamar la atención sobre estos signos como en exigir intervenciones sociales y de salud apropiadas que reduzcan los riesgos de conflicto (recuadro 8.2).

Por lo que se refiere a disminuir las desigualdades entre grupos sociales y el acceso desigual a los recursos —ambos importantes factores de riesgo de violencia—, el sector de la salud ocupa una posición estratégica para detectar desigualdades en el estado de salud y el acceso a la asistencia sanitaria. La identificación temprana de estas desigualdades y la promoción de medidas correctivas son estrategias de prevención eficaces contra posibles conflictos, especialmente cuando se están ensanchando las brechas

RECUADRO 8.2**La salud como un puente para la paz**

El concepto de que la salud puede promover la conciliación y la colaboración regionales se consagró en 1902 en los principios fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud, la organización internacional de salud más antigua en el mundo. Durante los dos últimos decenios, la Organización Panamericana de la Salud, conocida también por la sigla OPS/OMS por ser la organización regional de la OMS para las Américas, ha contribuido a la aplicación de este concepto.

En 1984, la OPS/OMS, conjuntamente con los ministerios de salud nacionales y otras instituciones, lanzaron una iniciativa estratégica en las zonas desgarradas por la guerra en Centroamérica. El objetivo era mejorar la salud de los pueblos centroamericanos y aumentar la cooperación entre los países de la zona y dentro de ellos. Bajo el tema general de “La salud como un puente para la paz, la solidaridad y la comprensión”, el plan abarcó diversos programas.

En la primera fase, hasta 1990, fueron siete las prioridades de la colaboración:

- el fortalecimiento de los servicios de salud;
- la formación de recursos humanos;
- los medicamentos esenciales;
- la alimentación y la nutrición;
- las enfermedades tropicales graves;
- la supervivencia infantil;
- el abastecimiento de agua y el saneamiento.

En unos años, se habían puesto en práctica 250 proyectos orientados a estas cuestiones prioritarias, estimulando la colaboración entre las naciones y los grupos en Centroamérica que, en otros aspectos, tenían conflictos entre sí. En El Salvador, por ejemplo, a pesar de la dificultad de trabajar en medio de la violencia política, se negociaron “días de tranquilidad” y se suspendió la contienda para que los niños pudieran ser vacunados. Este arreglo duró desde 1985 hasta el final del conflicto en 1992 y permitió vacunar a unos 300 000 niños anualmente. La incidencia del sarampión, el tétanos y la poliomielitis cayeron en forma espectacular; de hecho, la de la poliomielitis se redujo a cero.

También se prestó colaboración en el control de la malaria, la distribución de medicinas y vacunas a través de las fronteras y la capacitación. Se establecieron redes regionales y subregionales de información sanitaria y se instauró un sistema de respuesta rápida frente a los desastres naturales. Estas actividades crearon un precedente para un diálogo más amplio dentro de la región, hasta llegar a los acuerdos de paz.

Durante la segunda fase de la iniciativa, de 1990 a 1995, los sectores de la salud de Centroamérica apoyaron las iniciativas para el desarrollo y la democracia. Después de los acuerdos de paz, la OPS/OMS ayudó a la desmovilización, rehabilitación y reintegración social de los grupos más afectados por el conflicto, como los indígenas y las poblaciones fronterizas. La salud siguió siendo un factor impulsor de la consolidación democrática en la tercera fase, entre 1995 y 2000.

Entre 1991 y 1997, se crearon programas similares en Angola, Bosnia y Herzegovina, Croacia, Haití y Mozambique. En cada programa, los representantes de las oficinas regionales de la OMS trabajaron conjuntamente con el gobierno, las organizaciones no gubernamentales locales y otros organismos de las Naciones Unidas. Todos estos programas contribuyeron a reconstruir el sector de la salud una vez concluidos los conflictos. En Angola y Mozambique, la Organización Mundial de la Salud participó en el proceso de desmovilización, promovió la reintegración en el sistema nacional de los servicios de salud anteriormente fuera del control del gobierno central y readiestró a los trabajadores de la salud de estas regiones. En Bosnia y Herzegovina y en Croacia, la Organización Mundial de la Salud facilitó los

RECUADRO 8.2 (continuación)

intercambios entre los diferentes grupos étnicos y fomentó el contacto y la colaboración sistemáticos entre los profesionales de la salud de todas las comunidades.

Todas las experiencias de este período fueron consolidadas por la Organización Mundial de la Salud en 1997 con un programa mundial, “La salud como un puente para la paz”. Desde entonces, se han puesto en marcha programas nuevos en la región del Cáucaso, la Antigua República Yugoslava de Macedonia, Bosnia y Herzegovina, Indonesia y Sri Lanka. En Indonesia, por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud ha organizado equipos de profesionales de la salud para operar en las zonas de conflicto real o potencial. Uno de esos grupos, constituido por profesionales musulmanes y cristianos, está trabajando en las islas de la provincia de Maluku, una zona de agudos conflictos religiosos en años recientes.

Mediante el programa “La salud como un puente para la paz”, los trabajadores de la salud de todo el mundo están organizándose para contribuir a la paz, lograr la estabilidad y la reconstrucción cuando concluyen los conflictos y ayudar a la conciliación en las comunidades divididas y desgarradas por la lucha.

entre los grupos sociales. La vigilancia de la distribución y tendencias de las enfermedades asociadas con la pobreza, de los trastornos médicamente prevenibles o tratables y de las desigualdades en la supervivencia, es esencial para detectar las disparidades sociales en gran parte no reconocidas, pero importantes y posiblemente crecientes.

El sector de la salud también puede prestar un servicio trascendental al divulgar las repercusiones sociales y económicas de los conflictos violentos y sus efectos sobre la salud.

Respuestas a los conflictos violentos***Prestación de servicios durante los conflictos***

Los problemas comunes que afrontan las operaciones humanitarias en época de conflicto son (71):

- cómo mejorar los servicios de asistencia sanitaria para la población anfitriona paralelamente a la prestación de servicios a los refugiados;
- cómo prestar servicios de buena calidad, de manera humanitaria y eficiente;
- cómo involucrar a las comunidades para determinar las prioridades y las formas de prestación de los servicios;
- cómo crear mecanismos sostenibles que permitan aprovechar la experiencia obtenida sobre el terreno para formular las políticas.

Los refugiados que abandonan su país a través de las fronteras pierden sus proveedores usuales de

atención de salud. Dependen entonces de lo que esté disponible en el país de llegada o lo que les puedan proporcionar en servicios complementarios no gubernamentales. Los servicios de los países que dan acogida a gran número de refugiados pueden verse abrumados si estos se radican repentinamente en una zona y procuran utilizar los servicios de salud locales. Esta puede ser una fuente de antagonismo entre los refugiados y la población del país huésped, que puede desbordarse en nueva violencia. Ese antagonismo puede agravarse si a los refugiados se les ofrecen servicios, incluidos los de salud, más accesibles o a menor costo que los disponibles para la población local, o si el país huésped no recibe recursos externos adicionales para hacer frente a esta situación. Cuando habitantes de origen albanés de Kosovo huyeron a Albania y a la antigua República Yugoslava de Macedonia durante el conflicto de 1999, la Organización Mundial de la Salud y otros organismos trataron de ayudar a los sistemas de salud y bienestar social de los países huéspedes a afrontar la sobrecarga, en lugar de sencillamente organizar un sistema de salud paralelo “importado” por los organismos de ayuda.

Al planificar las respuestas a las crisis, los gobiernos y los organismos deben:

- evaluar en una etapa muy temprana quiénes son particularmente vulnerables y cuáles son sus necesidades;

- coordinar estrictamente las actividades entre los diversos agentes;
- trabajar para aumentar la capacidad local, nacional y mundial de prestar servicios de salud eficaces durante las diversas etapas de la situación de emergencia.

La Organización Mundial de la Salud ha creado mecanismos de vigilancia para ayudar a identificar los conflictos y responder a ellos en las etapas iniciales. Su Red de información sanitaria para la planificación en previsión de emergencias proporciona acceso rápido a información actualizada sobre determinados países y sus índices de salud, así como orientación sobre las prácticas más adecuadas y datos sobre la vigilancia de enfermedades.

En caso de emergencia, las organizaciones humanitarias procuran en primer lugar evitar la pérdida de vidas y posteriormente intentan restablecer un ámbito donde sea posible la promoción de la salud. Muchos organismos de socorro consideran que su función primordial es salvar las vidas que se hallan en riesgo como resultado de sucesos atípicos, sin tener que preocuparse porque otros agentes de salud se hagan cargo a su vez de las actividades o las sostengan a largo plazo. Por otra parte, los organismos que adoptan una perspectiva específicamente relacionada con el desarrollo intentan desde el inicio tener en cuenta aspectos como la eficiencia, la sostenibilidad, la igualdad y el sentido de propiedad local, lo que producirá mayores beneficios a más largo plazo. Este enfoque hace hincapié en la creación de capacidad local y el mantenimiento de costos bajos. No obstante, es difícil extender las respuestas a corto plazo para tratar de establecer sistemas a más largo plazo.

Las organizaciones tienen que trabajar en estrecha colaboración si desean aprovechar al máximo sus recursos, reducir al mínimo cualquier posible duplicación de actividades y mejorar la eficiencia de las operaciones. El Código de Conducta para las Organizaciones Humanitarias, propuesto por la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (62), establece algunos principios esenciales que muchas organizaciones humanitarias ven como una base para su trabajo. Sin embargo, ese código es voluntario y no hay

ninguna medida eficaz para hacer cumplir sus principios o evaluar si está siendo aplicado en forma eficiente.

Consideraciones éticas acerca de la prestación de ayuda

Hay problemas éticos en relación con las intervenciones en las situaciones de emergencia y, en particular, cómo distribuir la ayuda. En algunos casos, como la crisis en Somalia a comienzos de los años noventa, los organismos de ayuda han contratado a guardias armados para poder llevar a cabo sus operaciones, una medida que se considera éticamente dudosa. En cuanto a la distribución de la ayuda, con frecuencia existe la expectativa de que una proporción sea desviada hacia las partes en conflicto. Los organismos de ayuda en general han aceptado la idea de que es aceptable cierto grado de “pérdida” de los recursos, siempre que la mayor parte de ellos lleguen al destino planeado. No obstante, en algunos lugares la proporción de alimentos y otro tipo de ayuda desviados ha sido tan grande que los organismos han decidido retirar sus servicios.

Otras preocupaciones éticas se centran en el hecho de que el trabajo con las facciones en conflicto les confiere indirectamente cierta legitimidad tanto a estas como a sus actividades. Surgen interrogantes sobre si los organismos de ayuda deben guardar silencio acerca de los abusos observados o hablar claro, y si deben continuar prestando servicios cuando los abusos continúan. Anderson (72), entre otros autores, trata los temas más amplios de cómo la ayuda en casos de emergencia puede contribuir a promover la paz o, por el contrario, prolongar el conflicto.

La participación comunitaria

En épocas de conflicto, las estructuras de la comunidad y las actividades locales pueden resultar seriamente perturbadas. Las personas quizá temen debatir activamente temas tales como la política social o hacer campañas en favor de grupos marginados o vulnerables. Esto es aún más probable bajo regímenes políticos no democráticos y cuando la violencia estatal amenaza a los presuntos adversarios del régimen.

Sin embargo, en algunos casos puede haber un resultado positivo en cuanto a la respuesta de la comunidad, donde en realidad se hace más fácil el desarrollo de estructuras sociales, incluidos los servicios de salud. Este tipo de respuesta parecería ser más común en los conflictos de carácter ideológico, tales como los de la última parte del siglo XX en Mozambique, Nicaragua y Viet Nam. En el conflicto en Etiopía entre 1974 y 1991, los movimientos políticos comunitarios en Eritrea y Tigre colaboraron mucho en la creación de estructuras locales participativas para la toma de decisiones y la elaboración de estrategias de promoción de la salud (73).

Restablecimiento de los servicios después de los conflictos

Ha habido un considerable debate sobre cómo restablecer mejor los servicios cuando los países salen de períodos de conflicto (74–76). Cuando se abren zonas inaccesibles después de las situaciones complejas de emergencia, se desbloquea un cúmulo de necesidades de salud pública pendientes, por mucho tiempo desatendidas, caracterizadas por las epidemias de sarampión. Además, los acuerdos de cese de fuego, aunque sean precarios, deben incluir la necesidad de apoyo especial de salud para los soldados que serán desmovilizados, planes para la remoción de minas y arreglos para el retorno de los refugiados y los desplazados internos. Todas estas exigencias probablemente se plantean en momentos en que la infraestructura del sistema local de salud está muy debilitada y se han agotado otros recursos económicos.

Se necesita información más precisa sobre las intervenciones en diferentes sitios, las condiciones bajo las cuales tienen lugar, y sus efectos y limitaciones. Un problema de la recopilación de datos sobre los conflictos es determinar el punto final de estos. Generalmente, el límite entre el final de un conflicto y el comienzo del período posterior a él, está lejos de ser nítido, ya que a menudo persisten grados significativos de inseguridad e inestabilidad por un tiempo considerable.

En el cuadro 8.5 se esbozan algunos de los enfoques característicos usados para reconstruir los sistemas de atención de salud después de los conflictos.

Anteriormente, se hacía especial hincapié en la reconstrucción física y en los programas de control de enfermedades, pero se daba relativamente poca importancia a la coordinación de las respuestas de los donantes o el establecimiento de marcos de políticas eficaces.

Documentación, investigación y difusión de la información

La vigilancia y la documentación son aspectos fundamentales para las actividades de salud pública relacionadas con los conflictos. Si bien, como ya se mencionó, los datos sobre la violencia colectiva son a menudo insatisfactorios e imprecisos, en este campo por lo general no se justifica una preocupación exagerada por la precisión de los datos. Aun así, es esencial que los datos sean válidos.

Proporcionar datos válidos a los encargados de formular las políticas es un componente igualmente sustancial de las actividades de salud pública. Las Naciones Unidas, los organismos internacionales, las organizaciones no gubernamentales y los profesionales de la salud tienen funciones esenciales que cumplir en este aspecto. Por ejemplo, el Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), mediante su extensa investigación y labor de campaña, desempeñó un papel fundamental en la promoción del proceso de Ottawa, que condujo a la adopción del Tratado de Prohibición Total de Minas Terrestres Antipersonales, que entró en vigor el 1° de marzo de 1999. Un funcionario del CICR que participó en esta empresa expresó: “La observación y la documentación de los efectos de las armas no producen cambios en las creencias, el comportamiento ni la ley a menos que sean comunicados en forma imperiosa tanto a los encargados de formular las políticas como al público” (77).

Algunas organizaciones no gubernamentales, como Amnistía Internacional, tienen el mandato explícito de hablar claro sobre las violaciones a los derechos humanos. También lo hacen algunos organismos de las Naciones Unidas, como la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos. Sin embargo, otros organismos se muestran renuentes a expresarse contra los implicados en un conflicto por temor a que

CUADRO 8.5

Retos para el sector de la salud después del conflicto

Componente de la actividad del sector de la salud después del conflicto	Situación característica en la actualidad	Medidas para una respuesta más apropiada
Formulación de políticas	<ul style="list-style-type: none"> Las actividades son consideradas como proyectos independientes Se presta poca atención al establecimiento de marcos de política 	<ul style="list-style-type: none"> Desarrollar tempranamente los marcos de política en los que puedan basarse los proyectos Promover el apoyo de donantes al ministerio de salud para la formulación de políticas y la recopilación y difusión de información Facilitar la comunicación entre los participantes fundamentales
Coordinación de los donantes	<ul style="list-style-type: none"> Los donantes en principio están de acuerdo en que la coordinación es aconsejable, pero ninguno desea ser coordinado 	<ul style="list-style-type: none"> Identificar las áreas de interés común y basarse en ellas Fortalecer la capacidad del ministerio de salud de asumir un papel protagónico y de coordinar a los donantes y organizaciones no gubernamentales
Trabajo con el gobierno	<ul style="list-style-type: none"> A menudo se elude al gobierno y el apoyo es canalizado por conducto de organizaciones no gubernamentales y organismos de las Naciones Unidas 	<ul style="list-style-type: none"> Reformar el sistema internacional de ayuda para permitir que las actividades de desarrollo tengan lugar antes en el período de recuperación posterior al conflicto Considerar enfoques intersectoriales integrados, donde los donantes estén de acuerdo en trabajar dentro de un marco acordado de políticas
Desarrollo de la infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> El objetivo es reconstruir exactamente lo que existía anteriormente 	<ul style="list-style-type: none"> Examinar las necesidades de servicios y su distribución Racionalizar y hacer más equitativa la distribución de los servicios disponibles Al establecer servicios nuevos, tener en cuenta los cambios en las características de la población
Problemas de enfermedades específicas	<ul style="list-style-type: none"> El control de enfermedades y la prestación de servicios están muy concentrados Los donantes tienen un considerable control de los programas y proporcionan la mayor parte de los fondos 	<ul style="list-style-type: none"> Facilitar las vinculaciones entre diferentes programas Asegurar que los programas operen por medio de las principales estructuras del sistema de salud Asegurar que las intervenciones centradas en una enfermedad y las que están orientadas al sistema de salud se complementen entre sí Comprometer plenamente a todos los participantes pertinentes, incluido el sector público local y nacional, las organizaciones no gubernamentales y el sector privado
Trabajo de reconciliación	<ul style="list-style-type: none"> Las actividades giran alrededor de la cesación temporal de las hostilidades, con el fin de llevar a cabo el control de las enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer el valor simbólico de la atención de salud en la restauración de las relaciones entre comunidades Reconocer la promoción de la justicia y la reconciliación como objetivos a largo plazo que incluyen la a menudo lenta restauración de la confianza entre las comunidades Promover toda oportunidad razonable para la colaboración entre las comunidades Considerar las respuestas innovadoras, como las comisiones de la verdad y la reconciliación
Función del sector privado	<ul style="list-style-type: none"> Se realizan intentos de diversificar la gama de prestadores de servicios y desregular el sector privado 	<ul style="list-style-type: none"> Promover la función del Estado en cuanto a enmarcar las políticas, fijar las normas y vigilar la calidad de los servicios Reconocer al mismo tiempo la función importante del sector privado en la prestación de la atención de salud Crear incentivos para promover el acceso equitativo a los servicios de salud pública importantes y la prestación de estos
Fomento de una sociedad equitativa	<ul style="list-style-type: none"> Generalmente es considerado importante, pero a menudo se lo deja para una etapa posterior 	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer que el logro de estructuras sociales equitativas es un objetivo primordial, pero que, en el corto plazo, tal vez sea preciso retrasar algunas reformas en interés de la estabilidad Forjar vínculos entre grupos de población en competencia y diferentes localidades como elementos claves de la reforma posterior al conflicto
Capacitación	<ul style="list-style-type: none"> A menudo se pasa por alto la capacitación, o esta es fragmentada e incoordinada 	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer la importancia de la formación de recursos humanos Descubrir maneras de integrar a las personas que se han capacitado con diferentes sistemas Invertir en la capacitación de los planificadores y administradores
Sistemas de información	<ul style="list-style-type: none"> La información no se considera una prioridad Aunque exista información, esta no se comparte 	<ul style="list-style-type: none"> Dar prioridad a la documentación Establecer un depósito central para la información Usar nuevas tecnologías para difundir la información Condicionar el financiamiento a que se comparta la información

pudiera ponerse en peligro su capacidad de prestar servicios esenciales. En esos casos, los organismos tal vez decidan transmitir la información indirectamente, por conducto de terceros o de los medios de comunicación.

Si se desea que la divulgación sea eficaz, se necesitan datos fehacientes y se deben analizar adecuadamente las experiencias de las intervenciones. La investigación es crucial para evaluar las repercusiones del conflicto en la salud y en los sistemas de atención de salud, y para determinar qué intervenciones son eficaces.

Recomendaciones

Es preciso tomar diversas medidas para prevenir la aparición de conflictos y, cuando se producen, para reducir sus repercusiones. Estas medidas se clasifican en las siguientes grandes categorías:

- la obtención de información más extensa y una mejor comprensión de los conflictos;
- la adopción de medidas políticas para predecir, prevenir y responder a los conflictos;
- actividades de mantenimiento de la paz;
- respuestas del sector de la salud a los conflictos;
- respuestas humanitarias.

Información y conocimientos

Datos y vigilancia

Las siguientes son algunas de las medidas importantes que es necesario adoptar con el objeto de obtener información más válida y precisa sobre los conflictos y cómo responder a ellos:

- Se deben determinar los indicadores relacionados con la salud pública y el desempeño de los servicios de salud, junto con formas eficaces de medir estos indicadores, para que sea posible detectar desviaciones de las normas de salud en grupos particulares, que quizá sean los signos tempranos de las tensiones entre los grupos.
- Es preciso perfeccionar más la recopilación de datos recientes y las técnicas de vigilancia del estado de salud en las poblaciones afectadas, a fin de aumentar los conocimientos sobre las repercusiones de los conflictos en otras

poblaciones, incluidos los desplazados internos, los refugiados que se han integrado en las comunidades anfitrionas, y grupos vulnerables específicos como los niños soldados (recuadro 8.3).

- Se deben mejorar los métodos que analizan la repercusión de los conflictos en los sistemas de salud y la respuesta de los sistemas.

Otras investigaciones

Es evidente que se necesitan más investigaciones, documentación y análisis para prevenir conflictos futuros, reducir la vulnerabilidad de determinados grupos y prestar los servicios más apropiados de la manera más eficaz durante las crisis de violencia y después de ellas. Dos aspectos particulares de la documentación y el análisis en los que es preciso concentrarse son:

- La creación de maneras eficaces de registrar las experiencias de las poblaciones afectadas por conflictos.
- La realización de análisis objetivos posteriores al conflicto, que describan el proceso que condujo a la violencia, sus repercusiones y las respuestas a ella. Se han llevado a cabo algunos análisis de este tipo, en particular después del genocidio rwandés de 1994 (74).

Un interrogante específico que es necesario investigar es por qué ciertos países que presentan algunos signos de riesgo de conflicto violento son en realidad capaces de evitarlo, mientras que otros se ven cada vez más envueltos en el conflicto o incluso llegan a una situación de casi colapso del Estado. Angola, Liberia, Sierra Leona, Somalia y la antigua Yugoslavia son algunos ejemplos de esta última categoría. Una vía útil de investigación sería determinar un conjunto de indicadores detectables antes de la situación de emergencia que pudieran ayudar a predecir si una crisis degenerará en una situación grave y compleja de emergencia.

Prevención de los conflictos violentos

La prevención total de los conflictos debe ser una prioridad desde el punto de vista de la salud pública.

RECUADRO 8.3**Los niños soldados: problemas que atañen a los profesionales de la salud**

Se calcula que el número de niños soldados activos en todo el mundo es de 300 000, aunque es casi seguro que esta cifra representa una considerable subestimación. A menos que los niños sean reclutados sistemáticamente por las fuerzas armadas, por lo común participan en el conflicto solo después que este se ha desarrollado por algún tiempo. Sin embargo, una vez iniciado el reclutamiento, por lo general la cantidad de niños reclutados aumenta rápidamente y su edad promedio disminuye.

Consecuencias para la salud

Obviamente, la participación de los niños como combatientes en los conflictos armados los expone a riesgos de muerte y lesiones relacionadas con la contienda. Se da menos difusión a otros graves efectos sobre la salud, como los aspectos mentales y de salud pública.

La investigación (78) ha indicado que las lesiones más frecuentes relacionadas con el combate en los niños soldados son:

- la pérdida de la audición;
- la pérdida de la vista;
- la pérdida de extremidades.

Estas lesiones reflejan, por una parte, la mayor vulnerabilidad del cuerpo de los niños, y por otra, la forma en que probablemente participen en los conflictos, como la colocación y detección de minas terrestres. Los niños reclutados también suelen estar expuestos a riesgos para la salud no directamente relacionados con el combate, como son las lesiones causadas por llevar armas y otras cargas pesadas, la malnutrición, las infecciones cutáneas y respiratorias y otras enfermedades infecciosas como la malaria.

A menudo se obliga a las niñas reclutadas, y en menor grado a los niños de poca edad, a prestar servicios sexuales además de combatir. Esto los pone en alto riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como la infección por el VIH y, cuando se trata de niñas, las expone a los peligros asociados al aborto o el parto. Además, a los niños soldados a menudo se les suministran drogas o alcohol para alentarlos a luchar, lo que genera problemas de toxicomanía, aparte de los otros riesgos conexos para la salud.

Los adolescentes reclutados en ejércitos permanentes suelen ser sometidos a la misma disciplina militar de los reclutas adultos, incluidos los ritos de iniciación, los ejercicios extenuantes, los castigos y la denigración con el propósito de quebrantar su voluntad. Las consecuencias de tal disciplina en los adolescentes pueden ser sumamente perjudiciales para su salud mental, emocional y física.

Aspectos vinculados con el sector de la salud

Los profesionales médicos deben comprender la necesidad de efectuar lo más tempranamente posible a todos los niños que fueron combatientes, exámenes médicos minuciosos pero sensibles. Esa oportunidad puede presentarse en el momento de la desmovilización oficial, pero quizá también se produzca cuando los niños combatientes son capturados, se escapan o de algún otro modo abandonan el servicio. Puede ser necesario realizar los exámenes en etapas, tratando primero los problemas más vitales y pasando luego a problemas más delicados, como el abuso sexual.

Se debe prestar especial atención a la salud mental y psicosocial de los niños soldados, así como a su salud física. Los problemas que pueden aquejar a los niños que fueron soldados son:

- las pesadillas, las escenas retrospectivas y las alucinaciones;
- la concentración y la memoria deficientes;
- la ansiedad crónica;

RECUADRO 8.3 (continuación)

- la regresión en el comportamiento;
- el mayor abuso de sustancias psicotrópicas como mecanismo para hacer frente a situaciones difíciles;
- un sentimiento de culpa y la negativa a aceptar el pasado;
- el control deficiente de la agresividad;
- pensamientos obsesivos de venganza;
- sentimientos de distanciamiento de otras personas.

Además, el “comportamiento militarizado” de los niños puede conducir a un bajo grado de aceptación de las normas de la sociedad civil. Como señala la Organización Mundial de la Salud en su contribución al estudio de las Naciones Unidas sobre los niños soldados (78):

“Los niños que pasan por las etapas evolutivas de la socialización y la adquisición del juicio moral en un entorno [militar] están mal preparados para reintegrarse a una sociedad no violenta. Adquieren una autosuficiencia prematura, desprovista del conocimiento y las aptitudes para el juicio moral y para distinguir los comportamientos inapropiados de riesgo, reflejados ya sea en la violencia, el abuso de sustancias psicotrópicas o la agresión sexual. Su rehabilitación constituye uno de los principales retos sociales y de salud pública después del conflicto armado.”

Los profesionales de la salud también pueden desempeñar una valiosa función educativa para ayudar a evitar que los niños sean reclutados en los ejércitos (aun como voluntarios) al concientizar a los niños y adolescentes que están en riesgo, así como a sus familias y comunidades, y destacar los peligros conexos, incluidos los daños graves para la salud psíquica y mental.

Las medidas esenciales para los gobiernos en este contexto incluyen:

- Respetar los derechos humanos, adhiriéndose estrictamente al espíritu de la Carta de las Naciones Unidas y promoviendo la adopción cabal de las leyes sobre derechos humanos y las leyes humanitarias internacionales.
- Promover la adopción de tratados y otras medidas que restrinjan la producción, distribución y el empleo de minas terrestres
- Fomentar las iniciativas para reducir la producción y disponibilidad de armas biológicas, químicas, nucleares y de otro tipo; específicamente, se deben promover con energía otras medidas sobre armas ligeras, incluido el código de conducta europeo en la transferencia de dichas armas ligeras.
- Basarse en las medidas recientes para integrar la supervisión del movimiento de armas pequeñas con otros sistemas de advertencia temprana de posibles conflictos (79). Desde 1992,

por ejemplo, las Naciones Unidas han mantenido el Registro de Armas Convencionales, que incluye datos sobre las transferencias internacionales de armas, así como información proporcionada por los Estados Miembros sobre pertrechos militares, adquisiciones nacionales y las políticas pertinentes.

- Vigilar los efectos adversos de la globalización y promover formas más equitativas de desarrollo y asistencia para un desarrollo más eficaz.
- Trabajar para instaurar políticas de buen gobierno en todo el mundo.

Boutros Boutros-Ghali, el anterior Secretario General de las Naciones Unidas, ha declarado que la integración social debe ser considerada una prioridad del desarrollo: “Las manifestaciones de la falta de integración social son muy conocidas: la discriminación, el fanatismo, la intolerancia, la persecución. Las consecuencias también resultan familiares: la desafección social, el separatismo, el micronacionalismo y el conflicto” (80).

Mantenimiento de la paz

A pesar del aumento masivo de las actividades orientadas al mantenimiento de la paz efectuadas por las Naciones Unidas, la eficacia de tales operaciones a menudo ha sido dudosa a causa de la incertidumbre acerca de los mandatos para esas intervenciones, las medidas deficientes de control entre las diversas fuerzas que contribuyen al mantenimiento de la paz y los recursos insuficientes para la tarea. En respuesta a estos problemas, el Secretario General de las Naciones Unidas estableció el Grupo sobre las Operaciones de Paz de las Naciones Unidas para evaluar las deficiencias del sistema existente y hacer recomendaciones específicas concernientes a un cambio. El grupo, compuesto por personas experimentadas en diversos aspectos de la prevención de conflictos y el mantenimiento y la consolidación de la paz, formuló recomendaciones orientadas a mejorar las áreas operativas y de organización, así como las políticas y las estrategias. Estas recomendaciones se resumieron en un informe que se conoce comúnmente como el “informe Brahimi” (81).

Respuestas del sector de la salud

Es preciso investigar más a fondo y documentar el potencial —y las limitaciones— del sector de atención de salud para contribuir a prevenir los conflictos y responder a ellos. Se requiere más documentación acerca de las prácticas adecuadas, en particular con respecto a prestar servicios eficaces después de los conflictos, un campo en el que están empezando a surgir conocimientos nuevos.

Los gobiernos deben apoyar a las organizaciones, como la Organización Mundial de la Salud y otros organismos de las Naciones Unidas, en una iniciativa mundial para idear políticas más eficaces orientadas a prevenir los conflictos y responder a ellos.

Respuestas humanitarias

Es necesario hacer más rigurosas tanto las normas como la responsabilidad de las organizaciones que responden a las crisis violentas. El Proyecto Esfera, con sede en Ginebra, está procurando establecer normas mínimas para la ayuda humanitaria que sean

acordadas y respetadas. De igual manera, el Proyecto de Responsabilidad Humanitaria, una red cuya sede también está en Ginebra y que es patrocinada por organismos donantes y organizaciones no gubernamentales, está trabajando para elevar el grado de responsabilidad, especialmente entre los beneficiarios potenciales de las actividades humanitarias. Se insta a los gobiernos y los organismos humanitarios a apoyar estas dos iniciativas.

Conclusiones

Este capítulo se ha concentrado en las repercusiones de los conflictos violentos sobre la salud pública y los sistemas de atención de salud y en él se ha intentado describir la variedad de respuestas posibles a esas crisis. Evidentemente, es necesario hacer más hincapié en la prevención primaria, que procura en primer lugar evitar que se produzcan los conflictos.

Hay mucho que aprender —y aplicar— en relación con la prevención de la violencia colectiva y cómo abordar sus causas subyacentes. En el primer caso, esto concierne a las formas de violencia colectiva que se han tornado comunes desde hace un siglo o algo más: los conflictos entre estados o donde están involucrados grupos organizados dentro de una zona geográfica específica (como las regiones en rebelión contra el gobierno central), las guerras civiles y las diversas formas de violencia auspiciada por el Estado contra individuos o grupos.

No obstante, el perfil de la violencia colectiva está cambiando. A comienzos del siglo XXI, están surgiendo nuevas formas de violencia colectiva, representadas por organizaciones muy dispersas y redes de organizaciones, grupos sin un “domicilio fijo” cuyos objetivos, estrategias y psicología difieren radicalmente de los de los grupos antes existentes, que aprovechan cabalmente las altas tecnologías y los sistemas financieros modernos que ha creado el orden mundial globalizado. Su armamento es también nuevo, pues procuran explotar armas tales como las biológicas, químicas y posiblemente las nucleares además de los explosivos y los proyectiles más tradicionales. Sus metas son tanto físicas como psíquicas e implican la destrucción masiva y la provocación de un temor generalizado.

El mundo tendrá que aprender rápidamente cómo combatir la nueva amenaza del terrorismo mundial en todas sus formas y, al mismo tiempo, mostrar un grado alto de determinación para prevenir y reducir el impacto de las formas tradicionales de violencia colectiva, que siguen causando una proporción abrumadora de muertes, enfermedades, lesiones y destrucción. Se necesita una voluntad firme, junto con un compromiso generoso de los recursos, no solo para alcanzar una comprensión mucho más profunda de los problemas del conflicto violento sino también para encontrar soluciones.

Referencias

1. WHA34.38. En: *Handbook of resolutions and decisions of the World Health Assembly and the Executive Board, Volume II, 1973-1984*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1985:397-398.
2. *Handbook for emergencies*. Ginebra, Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, 2001.
3. Leaning J. Introduction. En: Leaning J et al., eds. *Humanitarian crises: the medical and public health response*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1999:1-11.
4. Goodhand J, Hulme D. From wars to complex political emergencies: understanding conflict and peace-building in the new world disorder. *Third World Quarterly*, 1999, 20:13-26.
5. Kaldor M. *New and old wars: organized violence in a global era*. Cambridge, Polity Press, 1999.
6. Cornish P. Terrorism, insecurity and underdevelopment. *Conflict — Security — Development*, 2001, 1:147-151.
7. Zwi A, Ugalde A, Richards P. The effects of war and political violence on health services. En: Kurtz L, ed. *Encyclopedia of violence, peace and conflict*. San Diego, CA, Academic Press, 1999:679-690.
8. Ball P, Kobrak P, Spierer H. *State violence in Guatemala, 1960-1996: a quantitative reflection*. Washington, D.C., American Academy for the Advancement of Science, 1999.
9. Roberts L et al. *Mortality in eastern Democratic Republic of Congo: results from eleven mortality surveys*. Nueva York, NY, International Rescue Committee, 2001.
10. *Clasificación internacional de enfermedades*, novena revisión. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978.
11. *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud*, décima revisión. Volumen 1: Lista tabular; Volumen 2: Manual de instrucciones; Volumen 3: Índice. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1992-1994.
12. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 14th ed. Washington, D.C., World Priorities, 1991.
13. Sivard RL. *World military and social expenditures*, 16th ed. Washington, D.C., World Priorities, 1996.
14. Rummel RJ. *Death by government: genocide and mass murder since 1900*. New Brunswick, NJ y Londres, Transaction Publications, 1994.
15. Sheil M et al. Deaths among humanitarian workers. *British Medical Journal*, 2000, 321:166-168.
16. *Take a step to stamp out torture*. Londres, Amnistía Internacional, 2000.
17. Burnett A, Peel M. Asylum-seekers and refugees in Britain: health needs of asylum seekers and refugees. *British Medical Journal*, 2001, 322:544-547.
18. Harris MF, Telfer BL. The health needs of asylum-seekers living in the community. *Medical Journal of Australia*, 2001, 175:589-592.
19. British Medical Association. *The medical profession and human rights: handbook for a changing agenda*. Londres, Zed Books, 2001.
20. *12-point program for the prevention of torture by agents of the state*. Londres, Amnistía Internacional, 2000.
21. *Protocolo de Estambul: Manual para la investigación y documentación eficaces de la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes*. Nueva York, NY, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, 2001 (disponible en Internet: <http://www.unhcr.ch/pdf/81stprot.pdf>).
22. Ashford MW, Huet-Vaughn Y. The impact of war on women. En: Levy BS, Sidel VW, eds. *War and public health*. Oxford, Oxford University Press, 1997:186-196.
23. Turshen M, Twagiramariya C, eds. *What women do in wartime: gender and conflict in Africa*. Londres, Zed Books, 1998.
24. Stiglmeier A, ed. *Mass rape: the war against women in Bosnia-Herzegovina*. Lincoln, NE, University of Nebraska Press, 1994.
25. Ignatieff M. *Virtual war: Kosovo and beyond*. Londres, Chatto & Windus, 2000.
26. Carnegie Commission on Preventing Deadly Conflict. *Preventing deadly conflict: final report*. Nueva York, NY, Carnegie Corporation, 1997.
27. Zwi AB, Fustukian S, Sethi D. Globalisation, conflict and the humanitarian response. En: Lee K, Buse K, Fustukian S, eds. *Health policy in a globalising world*. Cambridge, Cambridge University Press, 2002.
28. Stewart F. The root causes of humanitarian emergencies. En: Nafziger EW, Stewart F, Väyrynen R, eds. *War, hunger and displacement: the origin of humanitarian emergencies*. Oxford, Oxford University Press, 2000.
29. Prunier G. *The Rwanda crisis 1959-1994: history of a genocide*. Londres, Hurst, 1995.

30. Dodge CP. Health implications of war in Uganda and Sudan. *Social Science and Medicine*, 1990, 31:691–698.
31. Children on the front line: the impact of apartheid, destabilization and warfare on children in southern and South Africa, 3rd ed. Nueva York, NY, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, 1989.
32. Mann J et al. Bosnia: the war against public health. *Medicine and Global Survival*, 1994, 1:130–146.
33. Horton R. On the brink of humanitarian disaster. *Lancet*, 1994, 343:1053.
34. Ugalde A et al. The health costs of war: can they be measured? Lessons from El Salvador. *British Medical Journal*, 2000, 321:169–172.
35. Garfield RM, Frieden T, Vermund SH. Health-related outcomes of war in Nicaragua. *American Journal of Public Health*, 1987, 77:615–618.
36. Kloos H. Health impacts of war in Ethiopia. *Disasters*, 1992, 16:347–354.
37. Cliff J, Noormahomed AR. Health as a target: South Africa's destabilization of Mozambique. *Social Science and Medicine*, 1988, 27:717–722.
38. Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis: what happened in Goma, Zaire, in July 1994? *Lancet*, 1995, 345:339–344.
39. Zwi AB, Cabral AJ. High-risk situations for AIDS prevention. *British Medical Journal*, 1991, 303:1527–1529.
40. AIDS and the military: UNAIDS point of view. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 1998 (UNAIDS Best Practice Collection).
41. Mann JM, Tarantola DJM, Netter TW, eds. *AIDS in the world*. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1992.
42. Khaw AJ et al. HIV risk and prevention in emergency-affected populations: a review. *Disasters*, 2000, 24:181–197.
43. Smallman-Raynor M, Cliff A. Civil war and the spread of AIDS in central Africa. *Epidemiology of Infectious Diseases*, 1991, 107:69–80.
44. Refugees and AIDS: UNAIDS point of view. Ginebra, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 1997 (UNAIDS Best Practice Collection).
45. Stover E et al. The medical and social consequences of land mines in Cambodia. *Journal of the American Medical Association*, 1994, 272:331–336.
46. *The causes of conflict in Africa*. Londres, Department for International Development, 2001.
47. *Getting away with murder, mutilation, rape: new testimony from Sierra Leone*. Nueva York, NY, Human Rights Watch, 1999 (Vol. 11, No. 3[A]).
48. Summerfield D. The psychosocial effects of conflict in the Third World. *Development in Practice*, 1991, 1:159–173.
49. Quirk GJ, Casco L. Stress disorders of families of the disappeared: a controlled study in Honduras. *Social Science and Medicine*, 1994, 39:1675–1679.
50. Bracken PJ, Giller JE, Summerfield D. Psychological responses to war and atrocity: the limitations of current concepts. *Social Science and Medicine*, 1995, 40:1073–1082.
51. Pupavac V. Therapeutic governance: psychosocial intervention and trauma risk. *Disasters*, 2001, 25:1449–1462.
52. Robertson G. *Crimes against humanity: the struggle for global justice*. Harmondsworth, Penguin, 1999.
53. Gururaj G et al. *Suicide prevention: emerging from darkness*. Nueva Delhi, Oficina Regional de la OMS para Asia Sudoriental, 2001.
54. Silove D, Ekblad S, Mollica R. The rights of the severely mentally ill in post-conflict societies. *Lancet*, 2000, 355:1548–1549.
55. Toole MJ, Waldman RJ. Prevention of excess mortality in refugee and displaced populations in developing countries. *Journal of the American Medical Association*, 1990, 263:3296–3302.
56. Toole MJ, Waldman RJ, Zwi AB. Complex humanitarian emergencies. En: Black R, Merson M, Mills A. *Textbook of international health*. Gaithersburg, MD, Aspen, 2000.
57. Centers for Disease Control and Prevention. Famine-affected, refugee, and displaced populations: recommendations for public health issues. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 1992, 41 (No. RR-13).
58. Toole MJ, Waldman RJ. Refugees and displaced persons: war, hunger and public health. *Journal of the American Medical Association*, 1993, 270:600–605.
59. Deacon B. *Global social policy, international organizations and the future of welfare*. Londres, Sage, 1997.
60. Reed H, Haaga J, Keely C, eds. *The demography of forced migration: summary of a workshop*. Washington, D.C., National Academy Press, 1998.
61. Hampton J, ed. *Internally displaced people: a global survey*. Londres, Earthscan, Norwegian Refugee Council and Global IDP Survey, 1998.
62. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. *Informe Mundial sobre Desastres 1999*. Dordrecht, Martinus Nijhoff, 1999.
63. Hodes RM, Kloos H. Health and medical care in Ethiopia. *New England Journal of Medicine*, 1988, 319:918–924.
64. Brauer J, Gissy WG, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997.
65. Cranna M, ed. *The true cost of conflict*. Londres, Earthscan and Saferworld, 1994.
66. Kumaranayake L, Zwi A, Ugalde A. Costing the direct health burden of political violence in developing countries. En: Brauer J, Gissy W, eds. *Economics of conflict and peace*. Aldershot, Avebury, 1997:292–301.
67. Macrae J, Zwi A. Famine, complex emergencies and international policy in Africa: an overview. En:

- Macrae J, Zwi A, eds. *War and hunger: rethinking international responses to complex emergencies*. Londres, Zed Books, 1994:6–36.
68. Lee I, Haines A. Health costs of the Gulf War. *British Medical Journal*, 1991, 303:303–306.
69. Walt G, Cliff J. The dynamics of health policies in Mozambique 1975-85. *Health Policy and Planning*, 1986, 1:148–157.
70. Addison T. Aid and conflict. En: Tarp F, ed. *Foreign aid and development: lessons learnt and directions for the future*. Londres, Routledge, 2000:392–408.
71. Banatvala N, Zwi A. Public health and humanitarian interventions: improving the evidence base. *British Medical Journal*, 2000, 321:101–105.
72. Anderson MB. *Do no harm. How aid can support peace — or war*. Boulder, CO y Londres, Lynne Rienner, 1999.
73. Barnabas GA, Zwi AB. Health policy development in wartime: establishing the Baito health system in Tigray, Ethiopia. *Health Policy and Planning*, 1997, 12:38–49.
74. Kumar K, ed. *Rebuilding societies after civil war*. Boulder, CO, y Londres, Lynne Reiner, 1997.
75. Kumar K et al. *The international response to conflict and genocide: lessons from the Rwanda experience. Study 4: Rebuilding post-war Rwanda*. Copenhagen, Steering Committee of the Joint Evaluation of Emergency Assistance to Rwanda, 1996.
76. *Post-conflict reconstruction: the role of the World Bank*. Washington, D.C., World Bank, 1998.
77. Coupland RM. The effects of weapons and the Solferino cycle. *British Medical Journal*, 1999, 319:864–865.
78. Machel G. *Impact of armed conflict on children: report of the Expert Group of the Secretary-General*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 1996 (documento A/51/306).
79. Laurence EJ. *Arms watching: integrating small arms and light weapons into the early warning of violent conflict*. Londres, Saferworld, 2000.
80. Boutros-Ghali B. *An agenda for development*. Nueva York, NY, Naciones Unidas, 1995.
81. *Report of the Panel on United Nations Peace Operations*. Nueva York, NY, Consejo de Seguridad de la Asamblea General de las Naciones Unidas, 2000 (documento A/55/305, S/2000/809).