

## **La sanidad en Iraq durante el año 2004 Soportando los efectos de la guerra**

Medact (<http://medact.org/>), Reino Unido, enero de 2005  
IraqSolidaridad ([www.nodo50.org/iraq](http://www.nodo50.org/iraq)), 20 de enero de 2005  
Traducción para IraqSolidaridad de Sinfo Fernández

**El presente Informe valora el impacto de la reciente guerra de Iraq y del consiguiente período de inseguridad en la salud y en el sistema de atención sanitaria, así como las iniciativas para reconstruir el área de la sanidad. Describe las 100.000 muertes de las que se tiene conocimiento, las cifras, más elevadas aún, de heridos atribuibles al conflicto y a la violencia, y las características actuales de las enfermedades mentales y físicas. Constata la situación del sistema sanitario iraquí y las dificultades que impiden prestar una buena atención sanitaria, incluyendo los problemas para poder acceder a los servicios, su fragmentación, los daños a las infraestructuras, los inadecuados abastecimientos médicos y la situación de sus trabajadores, con escasa formación y precario apoyo. También hace hincapié en los problemas de infraestructura que repercuten en la salud, como los referidos al agua potable y a la higiene. Al analizar los esfuerzos para poder llevar a cabo la reconstrucción, enfatiza las incapacidades y desafíos existentes para construir un nuevo sistema sanitario que esté basado en principios de atención sanitaria a nivel primario al alcance de todos.**

## **La sanidad en Iraq durante el año 2004 Soportando los efectos de la guerra**

### **Introducción**

El impacto del conflicto en la salud puede ser inmenso en términos de mortalidad, enfermedad y minusvalías (Organización Mundial de la Salud, 2002a).

Este estudio<sup>1</sup> trata de analizar en Iraq los efectos tanto de la guerra del 2003 como del período subsiguiente en cuanto a inseguridad sobre la salud, el sistema sanitario y la reconstrucción del sistema sanitario. Es un trabajo del Proyecto de Control de la Sanidad en Iraq y parte de los dos informes anteriores del Medact <sup>2</sup> (*Daños Colaterales: los costes de la guerra en Iraq sobre la salud y el medio ambiente*: Medact, 2002; y *Continuando con los daños colaterales: los costes de la guerra de 2003 en Iraq sobre la salud y el medio ambiente*: Medact, 2003). Una vez más, el objetivo es estimular un amplio e informado debate público sobre el impacto, con especial referencia a Iraq, de los conflictos en la salud.

Este informe intenta un acercamiento cualitativo, combinando la investigación con las entrevistas semiestructuradas. Estas se llevaron a cabo en Amán, Jordania, cara a cara con personas que vivían o trabajaban en Iraq, y por teléfono y correo electrónico con otros informantes, incluyendo civiles, profesionales de la sanidad pública, expertos en el impacto de los conflictos sobre la salud y la asistencia y trabajadores por el desarrollo, con experiencia actual de trabajo en Iraq, tanto de origen extranjero como iraquí, y que se encuadran en un grupo amplio de organizaciones. Aunque el estudio generó gran cantidad de datos, tuvo que enfrentar problemas similares a los encontrados al preparar los dos informes anteriores del Medact, ya que se abordaban temas complejos y contradictorios en una situación en la que no se dispone de gran parte de la información necesaria para poder entenderla porque no ha sido recogida o publicada o porque no es fidedigna.

---

<sup>1</sup> Texto original en inglés en [www.medact.org/article-publications.php?articleID=304](http://www.medact.org/article-publications.php?articleID=304). [Nota de IraqSolidaridad.]

<sup>2</sup> Medact es un organización británica no gubernamental que aborda el análisis de la sanidad desde una perspectiva global. Fue establecida en 1992 a partir de la unión de la Asociación Médica de Prevención de la Guerra y la Campaña Médica contra las Armas Nucleares. Su web puede visitarse en <http://medact.org/>. [Nota de IraqSolidaridad.]

El estudio utiliza la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sobre salud como un estado de bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad o dolor. Apoya el punto de vista de la OMS de que el impacto de la guerra y la violencia (un término general que abarca los conflictos, la violencia económica que suponen las sanciones y lo que se experimenta bajo una dictadura) debe ser medido no sólo a través de los muertos y heridos causados por el armamento sino también por los sufrimientos que, con frecuencia y a largo plazo, van unidos a los daños a las infraestructuras esenciales, a un pobre funcionamiento del sistema sanitario y al fracaso de la asistencia y los esfuerzos por llevar a cabo la reconstrucción. El impacto directo sobre la salud se resume a continuación en la Tabla 1:

**Tabla 1**  
**El impacto directo del conflicto sobre la salud**

Impacto sobre la salud	Causas
Incremento de la mortalidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Traumas físicos (por ejemplo: bombas, minas terrestres).</li> <li>- Enfermedades infecciosas (por ejemplo: diarreas, infecciones respiratorias)</li> <li>- Muertes evitables con atención sanitaria (por ejemplo: intervenciones urgentes, medidas preventivas, medicación)</li> </ul>
Incremento de la morbilidad	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Heridas debidas a traumas físicos (armas, quemaduras, envenenamientos)</li> <li>- Heridas debidas a aumentos en la violencia social, incluyendo violencia sexual</li> <li>- Enfermedades infecciosas: transmitidas por el agua (por ejemplo: cólera, tifus), por un vector de contagio (por ejemplo: malaria) y otras enfermedades contagiosas (por ejemplo: tuberculosis, SIDA)</li> <li>- Salud reproductiva: más nacimientos de niños prematuros y muertos, más bebés con bajo peso al nacer y más complicaciones en el parto</li> <li>- Nutrición: malnutrición aguda y crónica, desórdenes y deficiencias</li> <li>- Salud mental; impactos de traumas psicosociales en la salud mental (por ejemplo: ansiedad, depresión, suicidio)</li> </ul>
Incremento de las minusvalías	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Físicas</li> <li>- Psicológicas</li> <li>- Sociales</li> </ul>

**(Adaptado de *Informe mundial sobre violencia y salud*, OMS, 2002<sup>a</sup>: pág. 222.)**

Al trabajar dentro de esta perspectiva de salud pública, nuestros objetivos son amplios e incluyen valoraciones de la infraestructura (particularmente referida a agua, higiene, energía y nutrición/seguridad alimentaria); el estado actual de la sanidad iraquí; cómo están resistiendo los servicios sanitarios; y los factores psicosociales que fomentan o dañan la salud. También se discuten la situación de la seguridad y la organización de la asistencia y se hacen recomendaciones. El análisis de este medio ambiente profundamente atacado se complica no sólo por la carencia de datos sino también por la plétora de perspectivas acerca de la naturaleza de los problemas y las posibles causalidades.

Es fundamental tener una perspectiva histórica. La experiencia de la dictadura, las guerras anteriores, las sanciones, la ayuda temporal del programa “Petróleo por Alimentos”<sup>3</sup> (Naciones Unidas, 2004a), la experiencia reciente de la guerra y la consiguiente crisis política y de seguridad han fraguado todas juntas un medio ambiente en el que priman los actos de violencia colectiva que saturan el Iraq de hoy.

<sup>3</sup> Establecido por la resolución 986 del Consejo de Seguridad de 1995 y de entrada en vigor en diciembre de 1996. [Nota de IraqSolidaridad.]

La presencia continuada de las tropas de la Coalición y la utilización de fuerza militar en respuesta a las amenazas de los insurgentes dentro de comunidades civiles han alimentado, desde la caída del régimen, una reserva de escepticismo y de grupos insurgentes abiertamente activos con un caudal de motivaciones. El efecto neto son una serie de dificultades sin fin para los que viven y trabajan en Iraq, para quienes intentan organizar las necesidades sanitarias, ya que se imposibilita el acceso a los servicios sanitarios y a otros recursos mediante los cuales el pueblo puede mantener su salud física y mental.

El sistema sanitario —definido por la OMS como todas aquellas actividades cuyo objetivo fundamental es promocionar, restaurar o mantener la salud (OMS, 2000a)— permanece en estado de desmoronamiento. El colapso de las infraestructuras esenciales y una cadena interactiva con otros determinantes de la salud han provocado una carga aumentada de muerte y de enfermedad física y mental de todo tipo, directa e indirectamente atribuible a los efectos del conflicto (véase Tabla 1). Incluso aunque las circunstancias fueran mucho más optimistas, no deberían subestimarse las dificultades para poder cambiar esta espiral descendente.

### **El impacto inmediato del conflicto**

El impacto del conflicto en la salud tanto de civiles como de combatientes se debe generalmente a los efectos directos del combate (muertos y heridos en batalla) y a los efectos que continúan dejándose sentir años después de que el conflicto finalice. En Iraq, la guerra ha proseguido bajo la forma de rebeliones armadas localizadas, ataques casi diarios de tipo diverso sobre combatientes y civiles y ataques de las fuerzas ocupantes. La naturaleza de este conflicto continuo y el control político de la obtención y difusión de la información hacen muy difícil una valoración de los muertos y heridos. Y esa información es esencial para poder apreciar las necesidades y planificar la ayuda y la reconstrucción en todo lo relativo a la sanidad.

### **Muertes de civiles**

Los planes elaborados antes de la guerra por el Departamento de Defensa de EEUU suponían que el conflicto sería corto y que la reconstrucción del país estaría apoyada por una cooperativa población iraquí (Burkle y Noji, 2004). Aunque el período de las mayores operaciones de combate fue en verdad corto y el presidente George Bush declaró el fin de la guerra el 1 de mayo de 2003, el conflicto continúa, por una serie de motivos, entre el gobierno y las fuerzas de Coalición contra los grupos insurgentes. Estos grupos han recurrido a suicidas con bomba, coches-bomba y granadas propulsadas contra objetivos civiles y militares. Las fuerzas de la Coalición han respondido o, en algunos casos han actuado previamente, con bombardeos aéreos para atajar las amenazas que pudieran provenir de comunidades civiles. Hay numerosos informes de un alto número de víctimas civiles de la guerra y de la resistencia continuada.

Un análisis, efectuado en septiembre de 2004 tras un estudio a nivel nacional con 988 familias iraquíes, llegó a la conclusión de que desde la invasión de 2003 ha habido al menos 100.000 muertes y es posible que esa cifra haya sido ampliamente superada (Roberts *et al.*, 2004). La violencia fue la causa de la mayor parte de esas muertes, especialmente los ataques aéreos llevados a cabo por las fuerzas de la Coalición [de las fuerzas de ocupación]. Más de la mitad de esos muertos eran mujeres y niños. El riesgo de muerte a causa de la violencia en los 18 meses después de la invasión era 58 veces más alta que en los 15 meses anteriores. El riesgo de muerte por cualquier causa era 2,5 veces mayor después de la invasión que antes. Los científicos critican el fracaso de las fuerzas ocupantes para controlar el número de víctimas y los niveles en los que los civiles deberían estar protegidos contra la violencia, y quieren que se envíe un órgano independiente, como la OMS, para confirmar sus previsiones. “Mientras tanto, por respeto a valores civiles y morales, se hace necesaria una reevaluación de los efectos del armamento que las fuerzas de la Coalición están utilizando actualmente en zonas pobladas”, concluyen.

El último informe del Ministerio iraquí de Sanidad, publicado antes de septiembre de 2004, no menciona siquiera esa carga extra de mortalidad y enfermedad, y señala que las causas principales de muerte entre la gente son cinco: enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades renales, respiratorias y diabetes (Ministerio de Sanidad, 2004a).

### **Heridos civiles y enfermedad**

No se dispone de cifras sobre los civiles heridos durante el conflicto. Normalmente, se estima que el número de personas heridas en una guerra es tres veces superior al número de muertos, aunque análisis recientes sobre los bombardeos salvajes efectuados sitúa la cifra de heridos en diez veces el número de muertos (Tabak y Coupland, MCS, en prensa).

El número de heridas traumáticas a causa de los bombardeos ha aumentado enormemente desde la guerra, según los informes de los hospitales más importantes en el centro y en el sur (OMS, 2003). La carga futura de discapacidades a causa de esas heridas aumentará inevitablemente si el conflicto continúa. Se ha estimado que, sólo en el norte de Iraq, hay 10 millones de minas terrestres y residuos explosivos de la guerra, lo que exigiría unos 15 años para poder eliminarlos (Pacific Disaster Management Information Network, 2004). Los problemas de seguridad restringen los trabajos de eliminación de minas y artillería en el centro y el sur de Iraq, donde las poblaciones urbanas y rurales se enfrentan a riesgos aumentados por los contenedores que almacenan munición, explosivos, minas y bombas de racimo utilizadas durante la guerra, aunque se desconoce la extensión total del problema.

Otros países que han sufrido conflictos y transiciones sociales similares han experimentado más violencia doméstica, más abusos sobre las esposas y los niños, actos de violencia pública y desórdenes mentales y de conducta (Ajdukovic, 2004). No hay datos de dominio público sobre la frecuencia de estos problemas en Iraq, pero es probable que la sanidad tenga que enfrentar nuevas amenazas mentales y físicas.

### **Muertes de combatientes, heridos y enfermedad**

Desde el comienzo de la guerra, han muerto en Iraq 1.139 soldados de la Coalición: 1.071 de EEUU y 68 de Gran Bretaña (en concreto, hasta el 28 de octubre de 2004). Cifras oficiales citan 4.194 heridos estadounidenses graves y 3.536 con heridas de grado menor. A causa de la guerra han aparecido enfermedades mentales y físicas hasta ahora desconocidas. Mientras tanto, poco se sabe de los combatientes iraquíes heridos durante la guerra, estimándose que oscilan entre 40.000 y 135.000 (Medact, 2003). Ellos tienen muy pocas posibilidades de acceder a servicios sanitarios de rehabilitación.

### **Los efectos indirectos del conflicto en la salud**

El impacto inmediato del conflicto sobre la salud física y mental da cuenta de los sufrimientos en una proporción relativamente pequeña (Santa Barbara y MacQueen, 2004). La salud resulta perjudicada también a largo plazo debido a los daños que el conflicto ha causado en la infraestructura básica que la mantiene y en el sistema sanitario, así como los efectos corrosivos del conflicto sobre factores tales como pobreza, desempleo, interrupción de la educación y baja moral. Es difícil, si no imposible, desenmarañar desde otras variables subyacentes en la sanidad los efectos indirectos del conflicto en Iraq, debido especialmente a la ausencia de datos actuales, válidos y fiables. Como los impactos son interactivos y acumulativos, es extremadamente difícil hacer conexiones causales en cada guerra o período de conflictos. Los indicadores de salud seleccionados que se exponen a continuación no nos proporcionan un cuadro global, pero resultan válidos para conocer la pesada carga de enfermedades que sufre la población y la amplitud de las necesidades sanitarias.

### **La pesada carga de enfermedades**

### **- Enfermedades contagiosas**

“La magnitud de enfermedades contagiosas sigue aumentando”, dice el ministro de Sanidad, si bien los datos son escasos. El Centro para el Control de Enfermedades Contagiosas del Ministerio informa de diarreas, infecciones agudas respiratorias, leishmaniasis (provocada por parásito), sarampión, paperas y tifus como “afecciones principales”. Ha habido unos 5.000 casos de tifus entre enero y marzo de 2004 (Ministerio de Sanidad, 2004a).

Las altas tasas de mortalidad entre los niños de menos de cinco años indican el estado de la salud a nivel global nacional y son atribuibles a los efectos a largo plazo de la guerra, las sanciones y la deficiente administración. El alcance de la inmunización cayó drásticamente después de 1990, cesando las campañas en aras de una mejor salud pública. Hubo gran exposición a elementos patógenos debido al desmoronamiento de la infraestructura de canalización de agua y desagües, y un grado mayor de vulnerabilidad a causa de la malnutrición. La gente tenía pocos conocimientos de higiene básica. El efecto acumulativo consistió en una recurrencia alarmante de enfermedades infecciosas que anteriormente estaban bien controladas, particularmente entre los niños (Naciones Unidas, 2003a).

Las tasas de mortalidad descendieron en la zona [kurda, fuera del control gubernamental iraquí] del norte de Iraq con el programa “Petróleo por Alimentos”, pero no fue así ni en el centro ni en el sur del país. Las tasas de mortalidad infantil se estimaban en 90-100 muertes por 1000 en el año 2000, un descenso del 30% desde 1999, pero casi se duplicaba todavía la tasa de 1990 (*Basic Support for Institutionalising Child Survival*, 2003). No se conoce la tasa actual. Los programas de inmunización se han visto seriamente afectados por la inseguridad, las interrupciones en la cadena de frío, debido a los suministros irregulares de electricidad, y a los saqueos, carencia de equipamiento adecuado y abastecimiento irregular de vacunas (Ministerio de Sanidad, 2004; Japan International Cooperation Agency, 2004). El Ministerio [iraquí] afirma que enfermedades inmunoprevenibles con sus correspondientes vacunas, tales como sarampión, paperas y tifus, están aumentando. Los esfuerzos se han renovado y, a principios de 2004, se puso en marcha una campaña, dirigida a niños en edad escolar, contra el sarampión, las paperas y la rubéola, con una cobertura de un 97% (Ministerio de Sanidad, 2004a), pero las barreras todavía son inmensas.

### **- Enfermedades no contagiosas**

Como muchos otros países, Iraq ha experimentado una transición epidemiológica desde los años ochenta, caracterizados por un aumento en la expectativa de vida y una mayor incidencia de enfermedades no infecciosas (Naciones Unidas, 2003c). El Ministerio ha informado que actualmente las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte (Ministerio de Sanidad, 2004a). No se conoce el predominio de diabetes mellitus y de cáncer. Algunos tipos de cáncer pueden ser potencialmente evitables (pulmón, vejiga) o tratables (mama), pero el 40-80% de los casos iraquíes sólo se llegan a detectar en estadios avanzados, cuando la terapia deviene mucho más difícil. Los sufrimientos se mezclan con el alto coste y la localización centralizada de la cirugía del cáncer, la quimioterapia y radioterapia y la escasez de cuidados paliativos (Ministerio de Sanidad, 2004a). Las desproporcionadamente altas tasas de cánceres infantiles, como la leucemia, detectada por los médicos en Basora, necesitan de otras verificaciones y estudios (Yacoub *et al.*, 1999).

Un control efectivo de las enfermedades no contagiosas necesita de una red integrada de servicios de atención primaria, secundaria y terciaria. Las funciones relativas a cuidados básicos primarios como medidas preventivas, promoción de la salud y apoyo a la gente para que sepa manejar sus propias condiciones de vida, han brillado por su ausencia. Servicios sanitarios de baja calidad, escasez de medicación básica, imposibilidad de llegar a poblaciones rurales y marginales y carencia de acceso a las zonas en conflicto han agravado las situaciones crónicas. Las consecuencias probables serán una carga adicional de muertes, que podían haberse prevenido, y de enfermedades.

### **- Salud reproductiva**

La mortalidad materna se ha duplicado entre 1989 y 1998, el año más reciente del que se tienen cifras. Una de cuatro muertes tuvieron lugar durante el embarazo y alrededor del 60% después del parto —la mayor parte evitables a través de la educación, alimentación adecuada y buenos servicios sanitarios (OMS, 2003). El Ministerio de Sanidad estima que el 30% de las mujeres en áreas urbanas y el 40% en zonas rurales dieron a luz sin ayuda cualificada. Muchos centros de atención primaria carecen de suministros básicos y de equipamiento necesario para dar servicios prenatales. La mitad de las instituciones a nivel de distrito a las que se remiten los embarazos de alto riesgo carecen de recursos esenciales y de personal preparado (Ministerio de Sanidad, 2004).

Debido a los saqueos, a la falta de suministros básicos y a una inadecuada formación, cerca de la mitad de las instalaciones de atención primaria no proporcionan servicios de planificación familiar. La prostitución es ahora mucho más frecuente como resultado de la pobreza creciente y del colapso social (Fondo de Desarrollo para la Mujer de Naciones Unidas, 2004) y va asociada a más enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el VIH. El aumento en los abortos clandestinos ha hecho que aparezcan informes sobre más casos de abortos sépticos (*The Telegraph*, 1 de septiembre de 2004).

### **- Salud mental**

El régimen anterior descuidó la atención a la salud mental (Abed, 2003). En el sector de atención primaria había poco o ningún interés por el tema, y tampoco en las comunidades se trabajaba a nivel intersectorial. El servicio de salud mental está especializado en su mayor parte, localizado en hospitales y ejercido por un número relativamente pequeño de psiquiatras, la mayor parte de los mismos en Bagdad, con pocas enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos u otros terapeutas. No hay servicios comunitarios o intervenciones que tengan como base la comunidad. La gente con psicosis u otros problemas graves son a menudo confinados en alguno de los pocos asilos existentes o cuidados por la familia (y sometidos a maltrato en ocasiones).

El trabajo epidemiológico en todo el mundo señala unas tasas medias de un 1% de psicosis y un 10% de desórdenes mentales comunes (fundamentalmente depresión y ansiedad). En Iraq no se han hecho estudios epidemiológicos, pero es muy probable que las tasas de enfermedad mental hayan aumentado de forma significativa al haber sufrido anteriormente tres guerras y una dictadura, en una sociedad donde los derechos humanos eran violados de forma rutinaria (Amowitz *et al.*, 2004), con una pobreza y malnutrición crecientes, que son los factores principales de riesgo para la enfermedad mental, y con los desórdenes de angustia post-traumática causados por el conflicto (De Jong, Comproe y Ommeren, 2003). Los efectos son sentidos tanto por los civiles como por los veteranos de guerra iraquíes. Hay un subgrupo entre la población iraquí que sufre además los efectos a largo plazo de haber sido torturados durante el régimen de Sadam Husein (International Rehabilitation Council for Torture Victims, 2004). Esos efectos pueden ser tanto físicos como psicológicos (Summerfield, 1996).

El Ministerio iraquí de Sanidad ha identificado altas tasas de depresión, ansiedad y somatización —la manifestación de enfermedad mental en síntomas físicos— (Ministerio de Sanidad, 2004b). Además de las enfermedades mentales, se ha informado de problemas de conducta tales como violencia familiar, maltrato a niños y esposas, y actos de violencia pública, que aumentan en grado sumo en situaciones de conflicto y post-conflicto (OMS, 2002a). Los efectos agregados del trauma psicosocial sufrido por el pueblo iraquí crea precondiciones para mayor violencia.

### **La infraestructura sustentadora de la sanidad**

El estado de la infraestructura en cualquier país tiene un impacto directo e indirecto sobre la salud de su población. El abastecimiento de agua, el buen funcionamiento del alcantarillado, el suministro de energía, la seguridad alimentaria, la vivienda, el transporte y muchos otros factores son determinantes importantes de la salud. Mejorar y mantener la salud de la población iraquí, y conseguir el objetivo del gobierno interino de reducir a la mitad la mortalidad infantil dentro de dos años (Coalition Provisional Authority, 2004), requerirá la reconstrucción y la protección de las estructuras básicas, que han sido

sería y repetidamente dañadas durante veinte años de guerra, negligencia y desorganización gubernamentales, colapso económico y sanciones.

#### **- Agua e higiene**

Las instalaciones sanitarias, en la actualidad en su mayor parte no operativas, fueron saqueadas por todo Iraq durante y después de la guerra de 2003. La mitad de las plantas de tratamiento de aguas residuales funcionan en la actualidad, pero casi 500.000 toneladas de crudo y de residuos parcialmente tratados son arrojados diariamente a los ríos. En las áreas rurales, menos de la mitad de la población tiene acceso directo a agua potable canalizada (Programa de Desarrollo de Naciones Unidas, 2003).

#### **- Energía**

Los daños se hicieron extensivos también a la infraestructura generadora de electricidad tras la guerra debido a los saqueos y a los postes eléctricos derribados para extraer el cobre utilizable de los cables. La capacidad generadora disponible puede suministrar sólo la mitad de la cantidad potencial total (Programa de Desarrollo de Naciones Unidas, 2004). El suministro de energía continúa siendo errático, con muchos hogares, oficinas e instalaciones de atención sanitaria dependiendo fundamentalmente de generadores privados.

#### **- Nutrición y seguridad alimentaria**

La infraestructura que sustenta la seguridad alimentaria ha seguido sufriendo daños durante el conflicto y los subsiguientes períodos de abandono, y continúa constituyendo una de las mayores preocupaciones. Una de cada cuatro personas todavía depende en gran medida del sistema público de distribución de comida, que no proporciona una alimentación suficiente para las economías más deficitarias, que no pueden suplementar las carencias del sistema efectuando compras en los mercados. Datos de estudios realizados en los hogares en el año 2003 indican un gran porcentaje de niños bajos de peso (17%) o con malnutrición crónica (32%), comparando con datos del 2000, aunque la malnutrición aguda ha bajado de un 6% a un 5% durante el mismo período (World Food Programme, 2004)<sup>4</sup>.

### **El sistema sanitario**

Las muertes y enfermedades en Iraq provocadas por los efectos directos e indirectos del conflicto han sido catalogadas en los epígrafes anteriores. Ahora vamos a abordar el sistema sanitario en sí, para valorar cómo está enfrentándose a las complejas y acuciantes demandas. *El Informe mundial sobre la violencia y salud* (OMS, 2002a) incluía un análisis de los diversos impactos del conflicto en el sistema sanitario y en las infraestructuras conectadas con el mismo. En la Tabla 2 aparece esa conexión intentando reflejar lo más exactamente posible la situación en Iraq. La decadencia de su sistema sanitario y de las infraestructuras sustentadoras de la sanidad desde 1980 demuestra el profundo impacto de la guerra en la salud, así como también de las sanciones, el colapso económico y la ausencia de un gobierno eficaz.

Antes de 1991, el sistema sanitario en Iraq constaba de una desarrollada red de instalaciones de atención primaria, secundaria y terciaria que proporcionaba buenos servicios gratuitos (OMS, 2003), a pesar de los daños sufridos durante la guerra Irán-Iraq. Ese sistema se vio afectado de forma dramática durante la Guerra del Golfo de 1990-1991. Los daños en la economía y el efecto regresivo causado por las sanciones económicas [impuestas por el Consejo de Seguridad en agosto de 1990] redujeron de forma drástica los ingresos con los que contaba el gobierno central, a la vez que se debilitaba la

---

<sup>4</sup> Según nota informativa de UNICEF de 23 de noviembre de 2004 ([http://www.unicef.org/media/media\\_24233.html](http://www.unicef.org/media/media_24233.html)) la malnutrición infantil en Iraq se ha duplicado desde el inicio de la ocupación. Véase asimismo [http://www.nodo50.org/iraq/2004-2005/analisis/kelly\\_2-12-04.html](http://www.nodo50.org/iraq/2004-2005/analisis/kelly_2-12-04.html). [Nota de IraqSolidaridad.]

administración estatal del sector sanitario. Los bajos salarios y la falta de regulación o control administrativo animaron a muchos doctores y a algunas enfermeras para cambiar las prácticas de su profesión y conseguir ingresos adicionales a través de los pagos de usuarios formales e informales. Mientras tanto, fue disminuyendo el suministro de medicinas y equipamiento, cesando además el mantenimiento esencial del equipo y las instalaciones. La calidad de la atención descendió de forma dramática y muchos profesionales de la sanidad, especialmente los reclutados fuera del país y sobre los que el sistema descansaba en gran parte, dejaron el país.

**Tabla 2**  
**El impacto del conflicto en el sistema sanitario y en la infraestructura sustentadora del mismo y sus efectos en Iraq**

<b>Objeto del impacto</b>	<b>Manifestación del impacto</b>	<b>Evidencia en Iraq</b>
Acceso a servicios sanitarios	- Seguridad reducida - Exclusión financiera (pagos por servicios) - Exclusión geográfica	Sí Sí Sí
Actividad sanitaria	- Cambio de cuidados primarios y preventivos a Cuidados curativos por especialistas - Reducción de los servicios comunitarios y rurales - Interrupción sistemas de información y supervisión - Programas de salud pública amenazados	Sistema ya en gran parte curativo cuidados primarios afectados por la guerra Sí Sí Sí
Infraestructura	- Destrucción de clínicas - Interrupción de los sistemas de referencia - Daños a los vehículos y equipamiento - Escasa comunicación y logística	12% de hospitales dañados en 2003 Sí Sí (especialmente por robos y saqueos) Sí
Equipamiento y suministros	- Carencia de medicinas - Carencia de mantenimiento - Incapacidad p/mantener cadena frío para vacunas	Sí Sí Parcialmente
Recursos humanos	- La inseguridad invade el ambiente de trabajo - Baja moral - Dificultad para retener a trabajadores formados - Formación y supervisión interrumpidas	Sí Sí Muchos salieron de Iraq durante los 90 Ya eran muy escasas
Infraestructuras esenciales sustentadoras sanidad	- Agua – Alcantarillado – Energía – Seguridad alimentaria	Todas afectadas de forma adversa
Asistencia y actividades de reconstrucción	- La inseguridad limita el acceso a determinadas zonas - Aumento del coste de los servicios de atención en el parto - Poca integración de programas, se contemplan los problemas de forma aislada - Menor seguridad para el personal que lleva a cabo la asistencia - Escasa coordinación y comunicación entre agencias	Sí  No se conocen datos  Posiblemente Sí, expuesto a actuaciones insurgentes y a secuestros Sí

(Adaptado del Informe Mundial sobre violencia y salud, OMS, 2002a: p227.)



El programa “Petróleo por Alimentos” mejoró las inversiones en suministros de bienes sanitarios pero no se hubo inversiones en salarios, formación y gastos de mantenimiento; por tanto, tuvo poco impacto sostenido en la calidad. El sistema sanitario se enfocó hacia los cuidados curativos efectuados en hospitales a costa de los ya inadecuados servicios comunitarios, de la promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad. El efecto neto fue que el sistema sanitario fracasó en la capacidad de reorientarse a sí mismo para satisfacer las necesidades de la postguerra (OMS, 2003), además de estar escasamente preparado para hacer frente al impacto de la guerra de 2003.

La guerra y el período subsiguiente de inseguridad han comprometido aún más el sistema restringiendo el acceso a las instalaciones sanitarias, reduciendo su alcance y socavando las iniciativas que perseguían enfrentar los problemas fundamentales del sistema a largo plazo. La situación en Bagdad y en las provincias del norte ha mejorado; por ejemplo, alrededor de las dos terceras partes de los centros sanitarios en Bagdad han sido rehabilitados con el apoyo de las agencias de Naciones Unidas y de ONG (Ministerio de Sanidad, 2003). Sin embargo, los esfuerzos de reconstrucción avanzan mucho más lentamente en otros lugares; ha habido pocas mejoras, por no decir ninguna, en las regiones rurales y en las zonas donde el conflicto continúa entre las fuerzas de la Coalición y los insurgentes, con poca protección para el personal del Ministerio de Sanidad y de las ONG.

#### **- Servicios de escasa calidad**

En el sistema estatal, la calidad de la atención sanitaria es deficiente debido a la escasa financiación crónica, a la maltrecha situación de la infraestructura física (carencia de mantenimiento y daños directos por saqueos y vandalismo), a la penuria y mala administración de suministros, a la escasez de personal y a la ausencia de técnicas y conocimientos modernos. Un estudio realizado en Bagdad en 2003 sobre las instalaciones de atención primaria reveló que el entorno de trabajo, las técnicas utilizadas por el personal y la tecnología permanecían en niveles inferiores al básico (ABT Associates, 2004).

El Ministerio de Sanidad ha preparado planes de mejora en la calidad de la atención sanitaria a nivel primario, en el servicio de enfermería y en otras áreas (Ministerio de Sanidad, 2004a). Pero se enfrenta a retos desalentadores en relación a la infraestructura, los recursos humanos y los suministros, así como también en cuanto a liderazgo, moral y financiación. El reciente aumento de los salarios ha sido un paso positivo: el salario mensual de un médico se ha elevado de 20\$USA a 120-180\$, mientras que el salario de una enfermera parte de un mínimo de 60\$ al mes.

#### **- Acceso limitado e injusto**

Resultan contradictorias las evidencias sobre la extensión de los daños en las instalaciones sanitarias durante la guerra de 2003 (Burkle y Noji, 2004). En ese tiempo se cerraron alrededor de la cuarta parte de los centros de atención primaria, el 12% pasaron a ser controlados por “otros grupos” distintos del Ministerio de Sanidad, y un 3% tenían bombas sin explotar en sus inmediaciones (Ministerio de Sanidad, 2003). El panorama cambia dependiendo de la época y de la región y es difícil seguir su evolución.

Tras la guerra, la crisis en la seguridad ha afectado al acceso a la atención sanitaria, especialmente en las áreas en que el conflicto es candente. Paul Hunt, un investigador especial de la cuestión del derecho a la sanidad, perteneciente a la Comisión sobre Derechos Humanos de Naciones Unidas, acusó a las fuerzas de la Coalición de bloquear, durante el conflicto de Faluya, la entrada de civiles al hospital más importante; de impedir que el personal pudiera trabajar allí o pudiera reorganizar los suministros médicos en otra instalación sanitaria improvisada; y de disparar contra las ambulancias que sospechaban pudieran estar transportando insurgentes (*ReliefWeb*, 2004). Los insurgentes también escogieron como objetivos hospitales de Bagdad y Ramadi con ataques con misiles y coches-bomba (*The Telegraph*, 25 de julio de 2004).

La pobre infraestructura y la escasez de recursos humanos y de suministros son especialmente graves en esas zonas de conflicto candente. Los centros urbanos que anteriormente contaban con personal adecuado están sufriendo una fuga de cerebros a causa del conflicto, agravando la tendencia anterior de migración del personal profesional de centros rurales a centros urbanos.

Las limitaciones en el acceso suponen un problema particularmente grave para las mujeres. La inseguridad y las amenazas de violencia sexual impidieron que muchas niñas y mujeres pudieran buscar atención sanitaria para ellas mismas o para sus hijos en los meses posteriores a la guerra de 2003 (Fondo de Desarrollo para la Mujer de Naciones Unidas, 2004). Una de cada cinco madres manifestó en Bagdad que no pudo acceder a los servicios de atención maternal e infantil durante su último embarazo debido a las dificultades que presentaba la seguridad (Ministerio de Sanidad, 2003). Para tratar de atender las preocupaciones sobre seguridad, tanto del personal médico como de los pacientes, el Ministerio de Sanidad ha entrenado a 2.400 personas para que vigilen las instalaciones por todo el país (Naciones Unidas, 2003a).

### **- Administración débil**

La administración gubernamental del sector sanitario empezó a venirse abajo después de 1991, el sistema sanitario estatal fue liberalizado y las inversiones en sanidad descendieron de forma dramática; todos los factores crearon las precondiciones para que la privatización y comercialización invadieran la atención sanitaria. La asignación *per capita* en 2004 para el Ministerio de Sanidad fue de 38\$USA. Este presupuesto para el sector sanitario nacional por valor de 950 millones de dólares resulta muy favorecido si se compara con los 16 millones de dólares gastados por Sadam Husein en 2002, pero es aún muy bajo (Página de Internet del Ministerio de Sanidad, 2004).

Ha habido una fragmentación creciente de los servicios, con enormes variaciones en la calidad de la atención, con un sistema de referencia débil, con la población desprotegida para hacer frente a la carga financiera que conlleva atender las enfermedades. Los pacientes tuvieron que soportar la situación y arreglárselas como pudieran para conseguir servicios sanitarios en vez de mejorar éstos para que pudieran acceder a ellos. La población tuvo que acabar confiando cada vez más en el autodiagnóstico, en los remedios tradicionales y en los consejos de amigos y familiares, comprando medicinas sin receta médica en los mercados locales.

Las instalaciones de atención secundaria están descentralizadas debido a la falta de capacidad diagnóstica y terapéutica fuera de las ciudades más importantes. Los especialistas atienden de mala gana a los pacientes, por muy inoportunas que les resulten sus necesidades, ante el temor de perder potenciales ingresos en el futuro (OMS, 2000b). El coste que conlleva la atención sanitaria es percibido como un indicador de calidad, mientras que la atención primaria es poco valorada; el 70% de los iraquíes piensa que los cuidados sanitarios privados son mejores que los públicos, y el 60% piensa que es mejor ir directamente a un especialista cuando se sienten enfermos (Ministerio de Sanidad, 2004a). Los que pueden permitírselo acuden a los especialistas médicos en instalaciones privadas, o les consultan directamente en instalaciones públicas sobre la base de honorarios por servicios. Los especialistas tienden a operar en hospitales de centros urbanos, donde los honorarios se fijan teniendo en cuenta más la antigüedad del doctor que la solvencia del paciente para pagar, y hay también ejemplos de doctores y enfermeras cobrando por tratamientos en clínicas comunitarias en la esquina de la calle. Los que no tienen dinero o acceso a los especialistas son los que utilizan la atención primaria del sector público.

Estas claras injusticias en la distribución de los servicios reflejan las deficiencias a largo plazo en la administración y regulación del sector sanitario. Los hospitales se localizan en las 18 provincias, generalmente en centros urbanos, mientras que las áreas rurales sólo reciben atención en instalaciones de cuidados primarios, donde la prestación de servicios es desigual. Como en el caso de la psiquiatría, la atención primaria ofrece a su personal menos oportunidades para obtener ingresos que a los profesionales de otras especialidades; por eso casi la mitad de los centros de salud tienen personal inadecuado (Ministerio de Sanidad, 2004a) aunque proporcionen la única atención sanitaria formal a la

que tiene acceso la población más desfavorecida, sobre todo en zonas rurales. El Ministerio de Sanidad ha informado que los servicios de atención primaria sanitaria para 150.000 personas en la zona sur del país, incluidas las Marismas Árabes, son rudimentarios o completamente inexistentes (Ministerio de Sanidad, 2004a).

Muchas comunidades siguen siendo muy dependientes del sector privado en cuanto a la atención y/o suministros y no hay protección financiera, o apoyo social, para los costes que causa la enfermedad. Las organizaciones de ayuda que pueden importar suministros de forma independiente, y trabajan directamente con hospitales individuales y clínicas de atención primaria, han desempeñado un papel importante en las áreas donde el Ministerio de Sanidad no llega (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2004a).

#### ***- Destrucción de las instalaciones***

Iraq tiene 1.285 centros de atención primaria, 172 hospitales gubernamentales y 65 hospitales privados, de los cuales las dos terceras partes están en Bagdad (Ministerio de Sanidad, 2004a). Estimaciones oficiales sugieren que [durante la invasión de] 2003 alrededor del 12% de los hospitales resultaron dañados y el 7% saqueados; más de una tercera parte de las instalaciones que proporcionaban servicios de planificación familiar fueron destruidos; y alrededor del 15% de las unidades de atención comunitaria infantil cerradas. Probablemente, estos datos sean peores en la realidad. Los dos laboratorios sanitarios públicos principales de Bagdad y Basora fueron saqueados y destruidos. El Instituto de Vacunas fue desmantelado en la mayor parte de sus instalaciones y equipos, y los largos cortes de energía provocaron la pérdida de las vacunas. Dos de los tres hospitales de rehabilitación en Bagdad fueron saqueados hasta el punto que tuvieron que cerrar, y el hospital psiquiátrico más importante fue saqueado y los pacientes maltratados, violados y abandonados. Cuatro de los siete almacenes centrales de suministros fueron saqueados (Ministerio de Sanidad, 2004a).

Según el Ministerio de Sanidad, la mayor parte de los hospitales tienen problemas crónicos en los temas de aguas residuales y recogida de basuras, agua potable y suministro de energía, escasez de medicamentos y de equipamiento. Un informe urgente realizado tras la guerra por el Ministerio y el Banco Mundial mostraba que una tercera parte de los hospitales y la mitad de los centros sanitarios investigados necesitaban rehabilitación amplia y urgente. Otro informe encontró que se había perdido el equipamiento básico en más de la mitad de los centros sanitarios. Los cortes regulares diarios en la electricidad eran un problema común y más del 80% no tenía generadores o no funcionaban (Ministerio de Sanidad, 2003a).

#### ***- Escasez de medicinas, equipamiento y suministros***

Las labores de obtención, administración de inventario y distribución de suministros médicos llevado a cabo por la compañía estatal Kimadia han sido calificadas de ineficaces e incompetentes (Naciones Unidas, 2003a). La citada compañía trabaja para el Ministerio de Sanidad en la adquisición de medicinas e instrumental médico (Kimadia, 2004). Tras la guerra [de marzo a abril de 2003] no había antibióticos, ni insulina ni medicinas para quimioterapia, en ningún hospital público o centro sanitario en las provincias del sur, pero los asesores de la Autoridad Provisional de la Coalición encontraron suministros en los almacenes regionales de Kimadia —lo que fue originalmente negado por el personal que se ocupaba de los mismos. Hay sospechas extendidas de implicaciones criminales en la distribución de suministros farmacéuticos (*The Washington Times*, 14 de junio de 2004). Según se afirmaba, los medicamentos eran desviados de los almacenes y aparecían en el mercado en los países vecinos. Camiones de suministros eran interceptados antes de que alcanzaran su destino y los suministros que debían llegar a la población local eran saqueados o desviados para terminar en farmacias privadas.

#### ***- Problemas con la laboral***

En el pasado, Iraq se sirvió de su riqueza petrolífera para reclutar a muchos profesionales sanitarios extranjeros, especialmente enfermeras, pero la mayoría de este personal, y muchos profesionales iraquíes, dejó el país durante los años noventa. La proporción de médicos es baja para la cifra de población si se tienen en cuenta los datos de otros países de la región, y la proporción de enfermeras cualificadas con respecto a la ratio de médicos está lejos de las cifras normales (Ministerio de Sanidad, 2004a). Estudios recientes encontraron una proporción 47 de doctores para una población de 100.000 habitantes, menos de la mitad que en los países vecinos. La cifra total de 16.700 enfermeras para una población de 26 millones supone una escasez grave (OMS, 2003; Garfield y McCarthy, 2004). En las instalaciones del sector terciario, los familiares proporcionan a menudo cuidados de enfermería. El personal que trabaja en muchas poblaciones empobrecidas de áreas rurales tiene una formación rudimentaria. Los niveles no se pueden subir sin realizar nuevas acreditaciones profesionales y sistemas de graduación, pautas de cuidados clínicos, cambios en el sistema remunerativo, mejor educación, materiales modernos de aprendizaje y oportunidades para realizar intercambio de conocimientos profesionales y técnicas dentro y fuera de Iraq. La necesidad de abordar y hacer frente a esta vasta agenda es conocida por todos pero los esfuerzos no han hecho más que comenzar.

### **La vida en medio del conflicto**

La respuesta más común entre los iraquíes a la pregunta “¿Cuál es el mayor problema que tiene que enfrentar estos días en su vida diaria?” es “Falta de seguridad/estabilidad” (Oxford Research Internacional, 2004). Algunas poblaciones están buscando refugio en grupos tribales y comunidades de fe que están de nuevo fortaleciéndose, mientras que otras han desembocado en el nacionalismo violento o en actividades sectarias junto con grupos de dentro y fuera de Iraq (Feinstein Internacional Famine Centre, 2004). La crisis de seguridad impregna la vida diaria, aunque algunas zonas permanecen en calma. Hay un amplio espectro de violencia, saqueos, vandalismo y secuestros que afecta también a los médicos (Charatan, 2004). Su impacto en la salud de la población va desde los traumas físicos y mentales al acceso limitado a los servicios sanitarios. Los grupos vulnerables se ven afectados de diferentes formas, como se ve a continuación:

#### **Hombres**

Las muertes violentas de hombres han aumentado desde la aparición de la resistencia: los muertos pueden ser insurgentes, u objetivos de represalias de los insurgentes, de las fuerzas de seguridad del gobierno y de las tropas de la Coalición. Por este motivo, las cifras de estos muertos y heridos pueden estar infravaloradas.

#### **Mujeres y niñas**

La inseguridad, y especialmente los peligros de violencia sexual que se perciben actualmente, han creado un clima de temor que impide que mujeres y niñas participen en la vida pública —para ir al colegio, al trabajo, para buscar tratamiento médico, o incluso para salir de sus hogares. Por ello, las mujeres iraquíes no están participando en las cruciales primeras fases de restablecimiento y reconstrucción del país (Human Rights Watch, 2004). Se ha informado, desde abril de 2003, que por lo menos 400 mujeres y niñas de hasta ocho años han sido violadas durante o después de la guerra; las cifras reales son más altas debido a la estigmatización de las víctimas de violencia sexual (Fondo de Desarrollo para la Mujer de Naciones Unidas, 2004). La asistencia en tres colegios de Bagdad era menor al 50%, explicándose el absentismo femenino por la inseguridad y el temor a los secuestros (*Electronitiraq.net*, 2003). El conflicto, la inseguridad y la violencia de género han impedido también que las mujeres puedan buscar atención sanitaria para ellas y sus niños.

#### **Población desplazada interiormente**

La inseguridad general a la que se enfrenta la población en Iraq provoca desplazamientos de personas por el interior del país (por ejemplo, los refugiados dentro de sus propias fronteras nacionales),

agravada además por la vulnerabilidad particular de cada grupo y por la falta de protección comunitaria (Naciones Unidas, 2004c). Los desplazamientos de población se deben a dos causas: los desplazados durante tiempo muy prolongado como resultado de anteriores políticas gubernamentales y los que se han movido durante o después de la ocupación de las fuerzas de la Coalición en 2003. El colapso del régimen animó a volver a los 800.000 kurdos desplazados a la fuerza de sus hogares en el norte de Iraq, lo que motivó a su vez el movimiento de los 100.000 árabes que habían sido instalados por el régimen anteriormente y que escaparon ante el temor de represalias. Los grupos que viajan constituyen objetivos regulares de los saqueadores. Muchos de los que se han tenido que trasladar recientemente viven, sin instalación alguna, en poblados de chabolas y tiendas de campaña o en comunidades rurales. Muchos de los que han regresado y de los nuevos desplazados están viviendo en instalaciones militares, colegios y comisarías de policía abandonados, con poca o ninguna infraestructura básica y con riesgos potenciales de explosión de residuos y minas que han quedado de la guerra.

### **Trabajadores de la sanidad**

Muchos trabajadores sanitarios iraquíes están esforzándose por proporcionar servicios en circunstancias extremadamente difíciles. Sin embargo, la inseguridad tiene un impacto negativo en su capacidad para poder llegar a su trabajo cada día y poder sentirse seguros allí. Algunos trabajadores sanitarios pueden verse obligados a atender a los insurgentes y tienen miedo de constituirse por ese motivo en objetivos para otros grupos o tropas. Los factores a largo plazo también influirán en la capacidad de la fuerza de trabajo. La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha señalado siete dimensiones de seguridad socioeconómica para la totalidad de los trabajadores (OIT, 2003): seguridad en el mercado de trabajo, empleo, puesto de trabajo, reproducción de técnicas, tipo de trabajo, representación colectiva e ingresos, todos esos factores de la seguridad están potencialmente comprometidas en la actualidad en Iraq. Por ejemplo, las oportunidades de desarrollo profesional, las pautas de cuidados clínicos, los incentivos financieros apropiados, la moral y representación colectiva son factores de la administración del sistema que se ven afectados negativamente. Su carencia provoca daños tanto en la calidad actual de la atención sanitaria como en las perspectivas de desarrollo futuro.

### **Trabajadores para la ayuda y el desarrollo**

Los secuestros recientes han aumentado los riesgos que enfrentan los trabajadores dedicados a ayuda y desarrollo, tanto si son iraquíes como extranjeros. Tras los bombardeos, los asesinatos de rehenes y otros incidentes en la seguridad, la mayor parte de las ONG han abandonado Iraq. Sólo permanecen unas pocas docenas de trabajadores de Naciones Unidas en la “Zona Verde” internacional en Bagdad.

### **Asistencia y reconstrucción**

Los gobiernos de EEUU y del Reino Unido asumieron, como Autoridad Provisional de la Coalición, el control de Iraq tras la caída del régimen, traspasando totalmente la responsabilidad de la asistencia humanitaria al departamento de defensa estadounidense en lugar de a las agencias con experiencia en enfrentar crisis humanitarias – una importante y controvertida desviación de la práctica normal. El departamento de defensa tuvo desde el comienzo muy poca capacidad para administrar la sanidad pública (Burkle y Noji, 2004) y no elaboró ningún plan para reconstruirla. Naciones Unidas, tradicionalmente responsable de coordinar las respuestas humanitarias a las crisis, fue marginada a pesar de sus preparativos secretos para ocuparse de la asistencia humanitaria tras la guerra, y sus funcionarios, situados en el limbo durante los meses más críticos, se vieron cogidos entre “la cooptación y la irrelevancia” (Minear, 2003).

Todo esto planteó un dilema para las ONG, ya que muchas sentían que al trabajar con la Autoridad Provisional de la Coalición o aceptar la financiación de los gobiernos de EEUU o del Reino Unido se socavaría la neutralidad del humanitarismo en el contexto de un conflicto activo. Además, en algunos aspectos tuvieron que competir con un creciente número de contratistas privados que por única

motivación tenían la de conseguir beneficios y ningún principio más. Algunas ONG decidieron trabajar en total colaboración con la Autoridad Provisional de la Coalición, mientras que otras se negaron y rechazaron la financiación gubernamental (Feinstein International Famine Centre, 2004). A pesar de todo, hubo también otras que intentaron actuar con independencia de la Autoridad Provisional de la Coalición (Slim, 2004).

Todos los actores tenían que enfrentar un entorno que había sido atacado y que aparecía lastrado por importantes dilemas políticos y una multitud de cuestiones provocadas por la interacción con las fuerzas de Coalición consideradas como donantes, como militares y como fuerzas políticas. Las relaciones se fueron haciendo más tensas y exacerbaron las dificultades citadas a la hora de tener que coordinarse entre los grupos, a causa de las diferencias de opinión sobre la legalidad de la guerra y la ocupación, diferencias que minaban la potencial colaboración (Ridde, 2003).

Un informe rápido de necesidades elaborado por Naciones Unidas y el Banco Mundial para la conferencia de donantes de Madrid de agosto de 2003 identificó un grupo de prioridades de reconstrucción que necesitaban tanto de préstamos como de donaciones. Con todo, Iraq continúa pagando compensaciones por la guerra del Golfo de 1990-91, incluyendo pagos enormes a corporaciones como *Texaco* y *Coca-Cola* (Klein, 2004). Las compañías estadounidenses y británicas recibieron el 85% (unos 1,5 mil millones de \$USA) del total de los contratos (Iraq Revenue Watch, 2004).

La Autoridad Provisional de la Coalición se disolvió el 28 de junio de 2004 y muchos poderes de la toma de decisiones en cuestiones referidas al sistema sanitario se transfirieron al Ministerio de Sanidad iraquí. Aunque se había acordado el presupuesto para proyectos de sanidad, los fondos no se han entregado y los proyectos se han visto paralizados. Se ha abierto un vacío significativo entre las políticas que intentan satisfacer las necesidades sanitarias y su puesta en marcha. Ha habido una duplicación de esfuerzos, ya que cada agencia ha actuado sobre la base de sus propios informes de necesidades y prioridades. Por ejemplo, algunas comunidades en Nayaf recibieron de agencias diferentes y en el espacio de una semana hasta cinco suministros de equipos para purificar el agua. Además, algunas ONG no tenían la experiencia necesaria para actuar en un ambiente tan lleno de dificultades.

### **Percepciones negativas**

La tarea de las agencias es muy dura debido a las percepciones negativas y a la preocupación por la seguridad (Feinstein Internacional Famine Centre, 2004). Los riesgos a que se exponen los trabajadores de la asistencia y reconstrucción se ven agravados por la aparente similitud entre las fuerzas de la Coalición, las organizaciones de ayuda y los contratistas privados, ya que todos tienen una proporción importante de personal occidental, que viaja en convoy y que puede verse implicado de forma independiente y simultánea en la misma zona.

Algunos programas han hecho esfuerzos concertados para superar las percepciones negativas y poder coordinarse con los líderes comunitarios y funcionarios. Sin embargo, no todas las agencias han demostrado esa sensibilidad y dinamismo. El gobierno iraquí y las agencias han tenido pocas posibilidades de acceso a las áreas en conflicto porque las percepciones negativas son muy profundas y los riesgos en la seguridad muy altos (Comité Internacional de la Cruz Roja, 2004b). La duplicación de esfuerzos se ha producido porque muchas agencias están operando en los mismos escasos espacios seguros existentes. Tras el bombardeo en Bagdad de la sede de Naciones Unidas y del Comité Internacional de la Cruz Roja, gran parte de las organizaciones intergubernamentales fueron a establecerse de nuevo en Jordania, y la mayoría de las ONG que se quedaron se han retirado tras los asesinatos y secuestros recientes.

El Foro de Coordinación de ONG ha elaborado un código de conducta que se resume en los principios de control civil de las operaciones humanitarias, neutralidad, proporcionalidad e independencia. Anima a las ONG a compartir la información y facilita algo la cuestión de la denominada

“competición coordinada”, pero no se ha dispuesto ninguna sanción para quienes quiebren ese código (NGO Coordination Committee in Iraq 2004).

Aunque van emergiendo políticas que intentan alcanzar un nuevo desarrollo del sistema sanitario, las realizaciones son muy limitadas. Iraq continúa siendo, en gran parte de su territorio, una zona de guerra y el cumplimiento de la agenda de desarrollo y asistencia es poco menos que nominal, mientras, el futuro está en el aire.

### **Conclusiones**

Se ha estimado que han muerto 100.000 iraquíes como resultado de la invasión de Iraq de 2003 y de sus efectos. La violencia ha sido la causa de la mayoría de esas muertes, de forma especial los bombardeos aéreos efectuados por las fuerzas de la Coalición. El riesgo de muerte por violencia durante los 18 meses después de la invasión fue 58 veces más alto que en los 15 meses que la precedieron, mientras que el riesgo de muerte por todas las demás causas era 2,5 veces más alto. Con esos datos podemos comprender los efectos desastrosos del conflicto sobre la población inocente aunque, supuestamente, fuera corta y contenida. La guerra de 2003 exacerbó las amenazas que para la salud habían planteado los daños causados por las guerras anteriores, por la dictadura y por las sanciones. No sólo abonaron las condiciones para que se debilitara aún más, sino que también lastraron la capacidad de la sociedad iraquí para dar un vuelco a esa situación.

### **Recomendaciones**

#### ***Salud, conflicto y asistencia humanitaria***

- Una comisión independiente debería hacer una investigación exhaustiva sobre el número de víctimas y el estado de la salud en Iraq.
- Se debería pedir a las fuerzas de la Coalición que controlaran el número de víctimas y hasta qué punto los civiles están protegidos contra la violencia.
- Las fuerzas de la Coalición deberían considerar las consecuencias del armamento utilizado en áreas pobladas.
- Las fuerzas de la Coalición deberían ajustar sus actuaciones a la Convención de Ginebra, lo que incluye desistir de atacar a civiles e infraestructuras civiles.
- El gobierno iraquí y las fuerzas de Coalición deberían respetar la distinción entre la asistencia humanitaria y la ayuda de los militares. Debe mantenerse, y ser evidente para todos, la separación clara de roles.
- Los donantes deberían prestar mucha más atención coordinada a la necesidad de controlar y limpiar las zonas de Iraq donde quedan residuos explosivos de guerra y minas terrestres.
- Debe desarrollarse lo más urgentemente posible el Estudio de Naciones Unidas sobre Uranio Empobrecido.

#### ***Salud y política sanitaria***

- Los donantes deberían apoyar al Ministerio de Sanidad de Iraq para que pudiera desarrollar una visión más clara y exhaustiva de la situación sanitaria, apuntalar la planificación y realización de esfuerzos de reconstrucción y ayuda, y evitar la duplicación actual de los mismos.
- Los donantes deberían apoyar el establecimiento/fortalecimiento de sistemas de información sanitaria y de la capacidad de investigación para planificar intervenciones eficaces de salud pública. Este control podría apreciar de forma más amplia los determinantes de la salud en los escenarios de postguerra, como son la violencia y los factores psicosociales, así como los indicadores epidemiológicos tradicionales.
- La capacidad del Ministerio de Sanidad para coordinar el desarrollo sanitario intersectorial y ejercer la administración de la multiplicidad de actores internos y externos debe fortalecerse y salvaguardar su autoridad.

- Los donantes y el gobierno iraquí deberían asegurarse de que se está llevando a cabo una inversión adecuada para reconstruir y proteger las infraestructuras sustentadoras de la sanidad, incluyendo las del agua potable, aguas residuales, energía y seguridad alimentaria. Los fondos asignados deben llegar a los objetivos previstos, deben utilizarse de forma acertada y ser administrados eficazmente.

### ***Acceso a los servicios sanitarios***

Un servicio sanitario en el que la población pueda confiar y que sirva a todos de forma equitativa puede generar una realimentación positiva en las relaciones a nivel social amplio. Los donantes necesitan apoyar al gobierno iraquí para que de los pasos siguientes:

- Asegurar que las instalaciones sanitarias permanecen accesibles y que las tropas de la Coalición, las fuerzas de seguridad gubernamentales y los insurgentes no utilizarán esas instalaciones y equipamientos con propósitos militares.
- Proporcionar servicios de rehabilitación adecuados para combatientes y civiles que sufren a largo plazo minusvalías mentales y físicas resultantes del trauma. Deberá prestarse una atención especial a las necesidades psicosociales de los niños.
- Asegurar que continúa incrementándose la financiación del sector sanitario y que los flujos de fondos permanecen estables.
- Investigar las bases de financiación del sistema sanitario, impulsando modificaciones de los pagos formales e informales por servicios sanitarios allá donde se estén dando, con una evolución gradual hacia un sistema basado completamente en los impuestos. Los donantes extranjeros deberían consolidar los esquemas de exención para la población empobrecida y fortalecer las formas existentes de seguros colectivos.
- Fomentar la atención primaria e introducir incentivos para que el personal sanitario quiera trabajar en clínicas, especialmente en zonas rurales. Al mismo tiempo, fortalecer los sistemas de referencia.

### ***Prevención de nuevos conflictos***

Evitar nuevos conflictos es la clave para reducir el impacto directo e indirecto de la guerra en la salud de los iraquíes. La necesidad de encontrar alternativas a la violencia y de resolver las diferencias políticas es primordial. Medact, asumiendo los principios de *Responsabilidad para Proteger* (ICISS, 2002), recomienda enfáticamente la financiación de investigaciones que persigan la reducción de los conflictos y la construcción de medidas de confianza. También urge a examinar el papel que el sistema sanitario puede jugar en la construcción de la paz en Iraq.

### **Referencias:**

- Abed R. (2003). An update on mental health services in Iraq. *Psychiatric Bulletin* (27)461-462
- ABT Associates (2004). *Resources, costs and utilization of primary health care in Iraq: preliminary findings*. Unpublished working paper
- Ajdukovic D. (2004). Social contexts of trauma and healing. *Medicine, Conflict and Survival* 20(2)
- Amowitz L. *et al.*,. (2004). Human rights abuses and concerns about women's health and human rights in southern Iraq. *Journal of the American Medical Association* (291)12
- Basic Support for Institutionalising Child Survival (BASICS) (2003). [www.basics.org/publications/abs/abs\\_iraq\\_child\\_health.htm](http://www.basics.org/publications/abs/abs_iraq_child_health.htm)



- Burkle F. and Noji E. (2004). Health and politics in the 2003 war with Iraq: lessons learned. *The Lancet* October 9
- Charatan F. (2004). Iraqi doctors are being kidnapped. *British Medical Journal* September 4
- Coalition Provisional Authority (2004). *A historic review of CPA accomplishments* www.cpa-iraq.org
- De Jong J., Komproe I., Ommeren M. (2003). Common mental disorders in postconflict settings. *The Lancet* (61)2128-2135
- Electronic Mine Information Network (2003). www.mineaction.org/countries/\_refdocs.cfm?doc\_ID=1291&country\_id=552
- Feinstein International Famine Centre (2004). *The future of humanitarian action*. www.reliefweb.int/w/rwb.nsf/0/6431b3cc216bb14985256e300051bbc1?OpenDocument
- Garfield R. and McCarthy C. (2004). *Nursing and nursing education in Iraq: challenges and opportunities*. Unpublished paper
- Human Rights Watch (2004). hrw.org/reports/2003/iraq0703/ August 20  
International Commission on Intervention and State Sovereignty (2002). *The responsibility to protect*. ICISS, Canada
- International Committee of the Red Cross (2004a). www.icrc.org/Web/Eng/siteeng0.nsf/iwpList74/E4ED0882BC0D3F7CC1256EE E005492C9
- International Committee of the Red Cross (2004b) www.icrc.org/Web/eng/siteeng0.nsf/iwpList74/BFECF348B5CB75E6C1256F10 0033F59E
- International Labour Office (2003). *Corrosive reform: failing health systems in Eastern Europe*. www.ilo.org/ses
- International Rehabilitation Council for Torture Victims (2004). *Reaching torture victims in Iraq*. Iraq Project Strategy Conference, August
- Iraq Body Count (2004). www.iraqbodycount.org accessed October 28
- Iraq Revenue Watch (2004). *Disorder, negligence and mismanagement: how the CPA handles Iraq reconstruction funds* www.iraqrevenuewatch.org/reports/092404.pdf September
- Japan International Cooperation Agency (2004). *Preliminary study for Iraq reconstruction project*. JICA, Amman, Jordan.
- Kimadia (2004) www.kimadia.com/mission.htm October 2
- Medact (2002). *Collateral Damage: the health and environmental costs of war on Iraq*, Medact, London

- Medact (2003). *Continuing Collateral Damage: the health and environmental costs of war on Iraq 2003*. Medact, London
- Minear L. (2003). NGO involvement in Iraq: a moment of truth for the humanitarian enterprise, *Foreign Policy in Focus* July 9
- Ministry of Health (2003). *Rapid assessment of primary health care centres in Iraq*. Ministry of Health, Baghdad
- Ministry of Health (2004a). *Health in Iraq: a brief review of the current health situation and the challenges facing health development in Iraq*. Ministry of Health, Baghdad
- Ministry of Health (2004b) *Mental Health Programme in Iraq. Summary of situation appraisal, recommendations and implementation plans*. Ministry of Health, Baghdad
- Ministry of Health (2004c) *Joint MoH – DoH Al-Rasafa and Al-Karkh – Merlin PHCCs’ maternal and child health services assessment report*. Unpublished paper
- NGO Coordination Committee in Iraq (2004). [www.hiciraq.org/download/NCCI%20Brief.doc](http://www.hiciraq.org/download/NCCI%20Brief.doc)
- Oxford Research International (2004). *National survey of Iraq*. [www.oxfordresearch.com/publications.html](http://www.oxfordresearch.com/publications.html)
- Pacific Disaster Management Information Network (2004). *Iraq humanitarian assistance report*, September 29 [www.who.int/disasters/country.cfm?countryID=28&DocType=2](http://www.who.int/disasters/country.cfm?countryID=28&DocType=2)
- Reis C. *et al.*,. (2004) Physician participation in human rights abuses in southern Iraq. *Journal of the American Medical Association* (291)12
- ReliefWeb (2004). September 29 <http://www.reliefweb.int/w/rwb.nsf/0/aeb0e9723ddc804885256e890054b1b3?OpenDocument1>
- Ridde V. (2003). Iraq reconstruction: for an empowerment process. *Journal of Epidemiology and Community Health* (57)759-760
- Roberts L., Lafta R., Garfield R., Khudhairi J. and Burnham G. (2004) Mortality before and after the 2003 invasion of Iraq: cluster sample survey. *The Lancet*, (364)9445, October 29. [www.thelancet.com](http://www.thelancet.com)
- Santa Barbara J. and MacQueen G. (2004) Peace through health: key concepts. *The Lancet* July 24
- Slim H. (2004). *With or against? Humanitarian agencies and coalition counter insurgency*. Centre for Humanitarian Dialogue [www.hdcentre.org/datastore/shaping%20opinion/With%20or%20Against%20.pdf](http://www.hdcentre.org/datastore/shaping%20opinion/With%20or%20Against%20.pdf)
- Summerfield D. (1996). *The impact of war and atrocity on civilian populations: basic principles for NGO interventions and a critique of psychosocial trauma projects*. [www.torturecare.org.uk/publications/bibliographyPsychological.htm](http://www.torturecare.org.uk/publications/bibliographyPsychological.htm)
- Tabak and Coupland (in press) Towards collation and modelling of the global cost of armed violence on civilians MCS 21.1

- United Nations (2003a). *United Nations World Bank Joint Iraq Needs Assessment*  
www.Inweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Attachments/Iraq+Joint+Needs+Assessment/\$File/Joint+Needs+Assessment.pdf
- UN (2003b). *Health Coordination Group, selected health information on Iraq*  
Unpublished paper
- UN (2004a). *Investigating Oil-for-Food Programme*. Press briefing  
www.un.org/News/briefings/docs/2004/VolckerPressCfc.doc.htm
- UN (2004b). *UN cluster for health for Iraq, Some of UN health cluster activities*.  
UN, Amman
- UN (2004c). *Draft Strategic Plan for IDPs in Iraq*. Unpublished paper
- United Nations Development Fund for Women (2004). *Gender profile: Iraq*.  
www.womenwarpeace.org/iraq/iraq.htm
- UN Development Programme (2003). *Post-conflict Iraq: a UNDP humanitarian action plan* www.undp.org/dpa/journalists/postconflictiraq.html
- UN Development Programme (2004). *Preparatory works for the master plan of the electricity sector in Iraq. Progress report UNDP*
- US Agency for International Development (1992). *Definition of food security*.  
www.dec.org/pdf\_docs/PNAAV468.pdf
- World Bank (2004). *Country Profile: Iraq*  
www.Inweb18.worldbank.org/mna/mena.nsf/Attachments/Iraq+Brief-ENG/\$File/IRAQ-ENG.pdf
- World Food Programme (2004). *Baseline food security analysis in Iraq WFP*, Rome
- WHO (2000a). *Health systems: improving performance*. World health report 2000.  
WHO, Geneva
- WHO (2000b). *Iraq briefing: Northern governorates health planning*. Unpublished paper
- WHO (2002a) *World report on violence and health*. WHO, Geneva
- WHO (2003)., *Health and Nutrition*, by Juan Diaz and Richard Garfield. Iraq Watching Briefs www.who.int/disasters/repo/11224.pdf
- WHO (2004). *Strengthening Primary Health Care system in Iraq: project proposal*.  
Unpublished paper
- Yacoub, A. et al., (1999). *Depleted uranium and the health of people in Basrah*. Medical Journal of Basrah University vol. 17.

**Fuentes:**

- *BBC News Online* (24/9/4): "Iraq security picture" (news.bbc.uk/hi/world/middle\_east/3651856.stm)

- *BBC News Online*. (8/10/04): "Falluja raid 'hits wedding party'"  
([news.bbc.co.uk/1/hi/world/middle\\_east/3725760.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/middle_east/3725760.stm))
- *BBC News Online* (2/5/3): Bush Speech: Full text  
([news.bbc.co.uk/1/hi/world/americas/2994345.stm](http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/americas/2994345.stm))
- *Electroniciraq.net* (7/10/03): [electroniciraq.net/news/1139.shtml](http://electroniciraq.net/news/1139.shtml)
- *The Guardian* (5/7/4): "Iraq gets a fraction of US aid billions"  
([www.guardian.co.uk/international/story/0.3604.1253966.00.html](http://www.guardian.co.uk/international/story/0,3604,1253966,00.html))
- *The Guardian* (14/8/04): "Those they can't co-opt, they destroy".
- *The Guardian* (1/10/04): "Dozens of children among 44 killed by Baghdad bombings".
- *The Guardian* (16/10/04): "British troops troops face role in Baghdad".
- *The Telegraph* (25/7/04): "But sick and wounded in Iraq's hospitals are now targets".
- *The Telegraph* (1/9/4): "Home abortions soar in Iraq as unwanted pregnancies rise"  
([www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=%2Fnews%2F2003%2F10%2F26%2Fwirq26.xml](http://www.telegraph.co.uk/news/main.jhtml?xml=%2Fnews%2F2003%2F10%2F26%2Fwirq26.xml))
- *The Washington Times* (14/6/04): "Iraqi Health Ministry fights corruption"  
([washingtontimes.com/upi\\_breaking/20040614-041815-3918r.htm](http://washingtontimes.com/upi_breaking/20040614-041815-3918r.htm))
- Onishi N. (2004): "Tallying the dead: how many Iraqis are dying?" *The New York Times*, October 19