

# Noticias & Eventos



**Medicina Social**  
Salud Para Todos

## 5ª Conferencia Mundial Anual sobre la salud “Monte Sinaí”: Las conse- cuencias en la salud de la guerra en Irak

A pesar de que la opinión pública se ha vuelto en contra del manejo que la administración de Bush ha hecho sobre la guerra en Irak y de que su cobertura en los medios es crecientemente más crítica, el impacto devastador de dicha guerra sobre los civiles iraquíes y la infraestructura de salud del país ha sido poco reportado, en términos relativos. De modo similar, si bien la historia sobre las pobres condiciones en el Centro Médico Militar “Walter Reed” ayudaron a sacar a la luz pública las dificultades enfrentadas en el sistema de administración de los soldados que regresaban de la guerra, el impacto total de la guerra sobre los veteranos está pendiente de recibir la debida atención. Con el fin de elevar la conciencia sobre estas cuestiones, el Centro Mundial de Salud

*Sigrí Hahn, profesora asistente,  
sigrí.hahn@mssm.edu*  
*Anu Andnadaraja, instructora del De-  
partamento de Educación Médica*  
*Nils Hennig, profesora asistente de Me-  
dicina Preventiva y Comunitaria*  
*Jonathan Ripp, instructor clínico del  
Departamento de Medicina Interna*

*Facultad de Medicina “Monte Sinaí*

“Monte Sinaí” dedicó su 5ª Conferencia Anual, 21 de abril 2007, a “Las consecuencias de la guerra en Irak sobre la salud”.

En el encuentro se llevaron a cabo tres conferencias a cargo de expertos en el campo. El conferencista principal fue el **Dr. Frederick M. “Skip” Burkle, Jr., MD, MPH, DTM, FAAP, FACEP**, un profesor con muchos años de experiencia en las emergencias humanitarias complejas surgidas durante las guerras y los conflictos en África, Asia y el Medio Oriente. Es también capitán jubilado de la Reserva de la Marina estadounidense y actualmente es miembro importante de la “Iniciativa Humanitaria Harvard”, de la Universidad de Harvard, y académico y científico de renombre de las instituciones médicas “Johns Hopkins” de la misma universidad. Como antiguo administrador asistente de la Oficina para la Salud Mundial del Departamento Estatal de la Agencia Internacional de Desarrollo de los Estados Unidos, el Dr. Burkle sirvió como el principal planificador sanitario y ministro

interino de salud para Irak en el “Equipo de Asistencia y Respuesta a Desastres” de la Oficina de Asistencia a Desastres Exteriores. El siguiente exponente fue el Dr. Les Roberts, cuyo historial académico ecléctico incluye una licenciatura en física, una maestría en salud pública en la Universidad de Tulane y un doctorado en ingeniería ambiental en la Universidad “Johns Hopkins”. El profesor Roberts ha trabajado como epidemiólogo tanto para los Centros para el Control de Enfermedades como para la Organización Mundial de la Salud. También ocupó el cargo de Director de Política Sanitaria para el “Comité Internacional de Rescate”, del 2000 al 2003. A lo largo de su carrera ha conducido numerosas encuestas de mortalidad en tiempos de guerra. Actualmente, es profesor asociado de la Escuela Mailman de Salud

*The Rosenbluth Foundation presents  
the 5th Annual Mount Sinai Global Health Conference*

### HEALTH CONSEQUENCES of the WAR IN IRAQ

9 AM "Overview of the Health Crisis in Iraq"  
**Frederick "Skip" M. Burkle, Jr., MD, MPH, DTM**  
*Former: Illinois Minister of Health and Senior Medical Officer,  
Iraq Office of Foreign Disaster Assistance, USAID  
Senior Fellow, Harvard Humanitarian Initiative  
Senior Scholar, Center for Disaster & Refugee Studies,  
Johns Hopkins University*

10 AM "Estimation of Iraqi deaths: a story of media spin"  
**Les Roberts, MD, PhD**  
*Associate Clinical Professor of Population and Family Health,  
Columbia University School of Public Health  
Author: "Morbidity before and after the 2003 invasion of Iraq:  
cluster sample survey". The Lancet, October 2004.*

11 AM "War and Public Health"  
**Victor Sidel, MD**  
*Distinguished University Professor of Social Medicine at  
Mount Sinai Medical Center & Albert Einstein College of Medicine  
Adjunct Professor of Public Health at Cornell Medical College  
Co-Founder, Physicians for Social Responsibility*

12 PM Complimentary Lunch

1 PM Panel Discussion  
**Moderator Thomas Burke, MD, FACEP**  
*Director of the Center for Global Health  
Massachusetts General Hospital*

**Panelists**  
**Skip Burkle, Les Roberts &  
Richard Mollica, MD**  
*Professor of Psychiatry,  
Harvard Medical School  
Director, Harvard  
Program in Refugee Trauma*

**April 21, 2007** Mount Sinai Medical Center, Hatch Auditorium, 1465 Madison Ave, NY, NY  
RSVP for free lunch to [keshu.kaufman@mssm.edu](mailto:keshu.kaufman@mssm.edu)  
For complete program, see [www.mssm-ghc.org](http://www.mssm-ghc.org)

Pública en la Universidad de Columbia. El último expositor fue el Dr. Víctor Sidel, médico y profesor universitario distinguido de medicina social en el Centro Médico “Montefiore” y en la Escuela de Medicina “Albert Einstein”, profesor adjunto de salud pública y miembro de la División de Ética Médica de la Escuela de Medicina “Weil” de la Universidad de Cornell, así como cofundador y antiguo presidente de las Organizaciones “Médicos en Pro de la Responsabilidad Social” (PRS, por sus siglas en inglés) y “Médicos Internacionales para la Prevención de la Guerra Nuclear” (IPPNW, igual).

*Obligaciones humanitarias en Irak: retos de la ayuda médica en la guerra*

El Dr. Burkle empezó su presentación con la aparentemente sencilla, frase “Si empiezas con un mal plan, no importa cuánto te esfuerces, nunca te recuperarás de verdad”. El hecho de que la mala planeación fue la causa más importante de las muchas muertes en Irak se hizo evidente conforme relató la historia de los preparativos del gobierno estadounidense para la guerra (Burkle y Noji 2004).

El Dr. Burkle estuvo involucrado en la primera fase de los esfuerzos de planeación de la ayuda médica y la asistencia humanitaria que condujeron a la invasión de Irak por las fuerzas de coalición en el 2003. El departamento gubernamental norteamericano “Futuro de Irak” llevó a cabo los reportes iniciales de las posibles consecuencias del conflicto sobre la salud, el estudio incluyó a 200 expertos iraquíes en salud, abogados y otros profesionales. El Dr. Burkle mostró que esta evaluación advirtió sobre el probable colapso de los servicios básicos, tales como el suministro de agua y de electricidad, el peligro del saqueo general y la posibilidad de una “catástrofe humanitaria”. A la luz de estas revelacio-

nes, se subrayaron las siguientes prioridades: 1.- El desarrollo temprano de un sistema de vigilancia sanitario y la rehabilitación del sistema público de salud. 2.- La asignación de fondos de la UNICEF y la OMS para permitir la vigilancia, la capacitación y el monitoreo. 3.- El reconocimiento de cuatro divisiones tribales y religiosas claras dentro de Irak, cada una con necesidades sanitarias propias y potenciales de gobierno propio. 4.- Un énfasis en la descentralización en la que los gobernantes reportaran a Bagdad. 5.- Atención oportuna a la salud y al bienestar de los soldados desmovilizados.

Sin embargo, al mismo tiempo en que estas recomendaciones estaban siendo desarrolladas, una iniciativa presidencial removió a la planeación de asistencia humanitaria de la jurisdicción del Departamento de Estado y la colocó bajo el Departamento de Defensa, dentro de la recientemente creada Oficina de Reconstrucción y Ayuda Humanitaria (ORHA, por sus siglas en inglés). El profesor Burkle describió el modo en que este cambio sin precedentes creó varios obstáculos para la planeación efectiva y la implementación de los esfuerzos de asistencia. En primer lugar, la ORHA basó su aproximación en varios supuestos que estaban en contradicción directa con aquéllos brindados por el grupo especializado (*task force*) “Futuro de Irak”, tales como que el régimen iraquí sería removido rápidamente causando poco desplazamiento de la población y daño a la infraestructura, así como que la crisis humanitaria sería, por lo tanto, poco probable.

Siguiendo este razonamiento, el presupuesto total para la asistencia humanitaria fue reducido a menos de la mitad de la suma indicada en la



recomendación inicial y los contratos con el USAID, la OMS y UNICEF fueron abandonados. En su conferencia el Dr. Burkle señaló que el Equipo de Planeación Humanitaria (HPT por sus siglas en inglés), bajo la ORHA, estaba encabezado por oficiales militares con poca experiencia internacional, humanitaria o en salud pública, y que el trabajo del HPT fue clasificado como “Súper Secreto”, lo que creó una barrera en el flujo de la información y la planeación en colaboración con otras agencias. La colocación del mandato de asistencia humanitaria en el Departamento de Defensa, unida a la falta de comunicación y transparencia, alienó a la comunidad tradicional de asistencia humanitaria de organizaciones no gubernamentales, a organizaciones de ayuda internacional y a agencias de las Naciones Unidas. Finalmente, la declaración por parte de la Secretaría de Defensa norteamericana de que la convención de Ginebra no se aplicaba al conflicto iraquí, causó incredulidad entre todas las agencias involucradas y trajo consigo mayor descrédito y confusión a la iniciativa estatal de planeación humanitaria.

Habiendo declarado que Irak era una amenaza directa a la seguridad y asumiendo una aproximación unilateral bajo el Artículo 51 de la Carta de las Naciones Unidas, las fuerzas de coalición entraron al sur de Irak el 19 de marzo del 2003, el 14 de abril fue declarado el combate mayor en y alrededor de Bagdad. El profesor Burkle entró a Bagdad como Ministro Interino de Salud el 10 de abril y describió cómo, de acuerdo a las predicciones iniciales, rápidamente empezó el saqueo a las instalaciones de salud públicas, incluyendo laboratorios, hospitales y clínicas. Muy pronto la prioridad de la salud pública fue una mayor seguridad para:

prevenir la destrucción de las instalaciones de salud, asegurar el sistema de transporte público y permitir el retorno seguro del equipo de salud. El aseguramiento del agua, la electricidad, los artículos básicos de consumo en emergencias y el equipo para los hospitales, fue también una preocupación inmediata. Sin embargo, las fuerzas de coalición fueron incapaces de brindar estas condiciones esenciales. El profesor Burkle explicó que de acuerdo al 4o protocolo de la Convención de Ginebra, el poder ocupante es responsable de la restauración de los servicios esenciales, incluyendo la infraestructura de salud pública, de acuerdo a su funcionamiento antes de la guerra en el país ocupado. Sin embargo, los Estados Unidos al principio insistieron en que su presencia era una fuerza “liberadora”, en lugar de ocupante. Esta postura, unida a la falta de habilidad organizativa, financiamiento y recursos humanos, significó que los pasos iniciales para el aseguramiento de los servicios de salud pública no fueron dados.

En octubre del 2004, El Departamento de Defensa norteamericano finalmente admitió ser una fuerza ocupante en Irak. El profesor Burkle describió el modo en que los intentos de reconstrucción de la infraestructura de salud pública continuaron siendo dificultados por la mala asignación de recursos y el énfasis en la reconstrucción de estructuras, en vez del reestablecimiento de servicios. Los sistemas esenciales de vigilancia de la salud pública re-emergieron demasiado lentamente y en 2004, cuando el nuevo ministro iraquí de salud fue designado, su primera iniciativa fue la de empezar proyectos de vigilancia de bajas civiles y tasas comunes de salud. El proyecto mostró una tasa de mortalidad en menores de 5 años de 130 / 1000 nacimientos, misma que contrasta con la tasa de 50 / 1000 de 1990. Este cambio representa uno de los crecimientos más rápidos en la mor-

talidad infantil reportados a nivel mundial. A través del estudio “Salvemos a los niños” (*Save the Children*), en el 2006 se mostró que Irak ahora figura entre los primeros cuatro países con respecto a esta tasa de mortalidad, junto con Liberia, Sierra Leona y Afganistán.

Revisando los eventos que dieron forma a la crisis humanitaria actual en Irak, el profesor Burkle propuso una serie de acciones, basadas en las lecciones aprendidas. En lo que concierne a la planeación de la asistencia humanitaria, enfatizó la importancia de la utilización de profesionales experimentados en el proceso de planeación y el mantenimiento de transparencia para permitir la coordinación de esfuerzos y evitar la duplicación y el déficit en los servicios brindados. La recuperación del mandato de planeación humanitaria del Departamento de Defensa y su regreso a un modelo de cooperación de mayor utilidad para el proceso con el Departamento de Estado, las organizaciones internacionales de alivio humanitario, las organizaciones no gubernamentales y las agencias de las Naciones Unidas. En lo que concierne a la Convención de Ginebra, el Dr. Burkle reiteró lo importantes que es que los profesionales de la salud estén conscientes de su propia protección como médicos bajo esta convención y que los militares y los proveedores de salud militares estén bien educados sobre la Convención de Ginebra, así como que sus mandatos sean reconocidos como fuerzas ocupantes bajo la Ley Internacional. Finalmente, el profesor Burkle resaltó que conforme el trabajo humanitario se vuelve crecientemente más politizado y militarizado, es importante regresar a un modelo en que el alivio humanitario y los servicios de salud pública funcionen más allá del alcance de los motivos políticos.

*Una estimación de las muertes iraquíes: una historia sobre el giro de los medios*

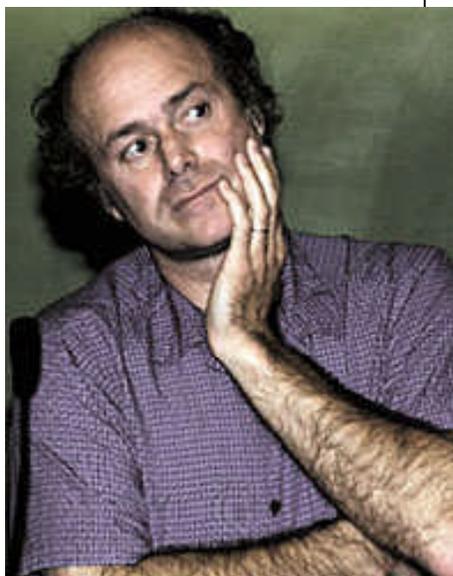
El primer estudio del Dr. Roberts sobre la excesiva mortalidad debido a la invasión de los Estados Unidos a Irak fue publicado en octubre del 2004, apenas unas semanas antes de la elección presidencial en los EU. El estudio atrajo la atención y la crítica de los medios masivos de comunicación debido a que encontró que 100,000 civiles iraquíes habían fallecido desde la invasión del 2003, en un momento en que los cálculos del gobierno norteamericano eran mucho más bajos. Dos años más tarde fue dado a conocer un estudio expandido de seguimiento, en éste se calcularon 651,000 muertes civiles, también este reporte se constituyó en una llama que encendió a la crítica política (Burnham G, Lafta R et al. 2006)

El tema central de la conferencia del profesor Robert fue el modo en que varios grupos utilizan diversos métodos para calcular las estadísticas de mortalidad y cómo las aproximaciones erradas pueden conducir a cálculos más bajos, en comparación de los datos obtenidos por medio de métodos epidemiológicos más rigurosos. Entre los estadistas y los expertos en salud pública el muestreo por cúmulos es universalmente considerada la metodología más apropiada para un contexto de conflicto como el de Irak. Este método fue utilizado en ambas encuestas: la del 2004 y la del 2006.

En Irak, el muestreo por cúmulos requirió de la identificación de “cúmulos de hogares” en una gran variedad de ciudades y pueblos a lo largo del país, de los cuales se seleccionaron al azar a un número crítico para la realización de entrevistas. Los entrevistados fueron interrogados acerca de los miembros de su hogar que habían fallecido desde justo antes de la invasión, y se les pidió que brindaran certificados de defunción para comprobar sus informes, lo que fueron capaces de hacer el 92% de las veces. En el 2004, me-

nos del 1% se negó a participar y el 7% de los hogares seleccionados no estaban siendo habitados al momento de la encuesta. En el 2006, se duplicó el número de hogares encuestados y, una vez más, menos del 1% se negó a participar, en esta fecha cerca del 1% de los hogares estaban desocupados.

Los hallazgos de la encuesta del 2004 indicaron que las tasas de mortalidad se habían duplicado después de la invasión y los excesos de muertes se debían, en su mayoría, a la violencia. La tasa de muerte debido a la violencia se había incrementado en 58 sobre la línea de base, la mayoría de las cuales eran resultado directo de ataques aéreos. Este hallazgo contrastó de manera dramática con los resultados de estudios de mortalidad previos, llevados a cabo durante el contexto del conflicto. De manera típica, las causas “indirectas” de muerte, principalmente aquéllas relacionadas con enfermedades infecciosas, son responsables de la mayoría de los excesos en la mortalidad como resultado de la guerra, en lugar de las muertes directas debidas a la violencia (Conolly, Gayer et al. 2004). El estudio de seguimiento



**Dr. Les Roberts, MPH, PhD**

había encontrado que las tasas brutas de mortalidad habían continuado en crecimiento a lo largo del 2006, y mientras que la mayoría se debía aún a muertes violentas (más comúnmente por disparo), se notaba un aumento en la tasa de muertes no-violentas en la parte tardía del periodo de la post-invasión (2005-06).

Como fue citado anteriormente, la respuesta de los medios a los datos de la encuesta fue variada, el Dr. Roberts contrastó el modo en que reaccionaron los Estados Unidos y Europa a la publicación inicial. En Europa se les dio a los resultados una amplia cobertura y varios artículos intentaron explicar la metodología y el significado de los hallazgos al público no especializado; incluso se cuestionó de manera directa en varias ocasiones al primer ministro británico, Tony Blair, sobre los resultados. Por otro lado, en los Estados Unidos la excitación se centró en si el momento de la publicación del 2004 en el *Lancet* se debía a una “maniobra política”, prestando poca atención al contenido del estudio. El Dr. Roberts, al ser cuestionado por reporteros sobre si había estado inicialmente en contra de la invasión, respondió sinceramente que “sí”, lo que desafortunadamente le imprimió un sesgo activista al propósito y los resultados del estudio. Además, de acuerdo a Roberts, los grandes intervalos de confianza alrededor del estudio también contribuyeron a la confusión y neutralizaron su impacto en la prensa de lectores no especializados.

La encuesta del 2006 fue cuestionada de otras maneras, por ejemplo, el número de cúmulos muestreados fue criticado por ser demasiado pequeño, a pesar de que los principios metodológicos para 47 cúmulos establecen que son más que suficientes para hacer un cálculo efectivo. Algunos oficiales del gobierno norteamericano bus-

caron el testimonio del epidemiólogo Brad Woodruff (de quien Roberts se expresó como el experto mejor capacitado para examinar de manera crítica su trabajo), sin embargo, no se le permitió testificar, por razones poco claras. El presidente Bush simplemente declaró que el reporte era “metodológicamente defectuoso”.

¿Por qué variaron tan dramáticamente los cálculos del Dr. Roberts de los de otras fuentes? Una posibilidad sugerida por él mismo es que los dos grupos principales que documentan la mortalidad, el Ministerio de Salud y el “Cuenta Cuerpos Iraquí” (*Irak Body Count*), una organización británica que intenta registrar cada muerte iraquí tal como está escrita en la prensa inglesa, obtienen ambos la mayoría de su información de un sólo lugar: Bagdad, por lo que las cifras de estos grupos pudieron no ser representativas del impacto del conflicto en el país como un todo, por otro lado, sus datos muestran algunas inconsistencias. El Ministerio de Salud reportó tan sólo un aumento del 10% en el número de muertes debidas a violencia, a pesar del aumento de casi siete veces en la cantidad de cuerpos entrantes a la morgue de Bagdad. De entre todos los grupos que estimaban la mortalidad, únicamente tres han publicado sus hallazgos en la literatura evaluada por pares, uno de éstos ofreció un cálculo que era aún más alto que el del grupo del Dr. Roberts.

Posteriormente, Roberts sugirió que la prensa subestimó de manera notoria las cifras de mortalidad durante la guerra, y lo ha hecho en la mayoría de los conflictos de los años recientes. Enclaustrándose en ciertas áreas seguras de Irak, han limitado de manera efectiva su acceso a datos de buena calidad, resaltó que a comparación con sus datos, el número de historias referentes a muertes debidas a ataques aéreos, en oposición a coches bomba, fue de un factor de 1:10.

El profesor Roberts concluyó su exposición con una petición dirigida al auditorio: que éste considerara la manera en que nuestros nietos pudieran, en un futuro, mirar hacia atrás y ver la falta de interés de nuestra sociedad en esta matanza sin sentido, resultado de esta guerra.

#### *Las consecuencias de la guerra sobre la salud pública*

El profesor Víctor Sidel brindó una visión general del gran número de ramificaciones de la guerra en Irak: ésta ha dañado a la salud, afectado de manera adversa a los servicios sanitarios, perjudicado a la infraestructura que sostiene a la salud, ha convertido a cientos de miles de personas en refugiados e individuos desplazados en el interior del país, ha violado los derechos humanos y el orden internacional y ha desviado recursos e impactado de manera negativa sobre los ambientes físicos, socioculturales y económicos. Su conferencia estuvo basada en un capítulo del que él fue coautor, junto con Barry Levy, y que será publicado en la segunda edición del libro co-editado por los dos doctores: *La guerra y la salud pública (War and Public Health)*, Oxford University Press, en octubre del 2007 (Levy, B y SIDEC, V.W 2007).

Los impactos directos sobre la salud incluyen: las más de 3,200 muertes entre el personal militar norteamericano y a los más de 24,000 miembros de este mismo personal que han sido heridos, muchos de los cuales han sufrido lesiones serias que les han causado discapacidades permanentes y de largo plazo. Además, el 19% de los miembros de las fuerzas armadas que regresa de Irak reportó problemas de salud mental (el 35% de los veteranos hizo uso de los servicios de salud mental durante el primer año de regreso y el 16% cumplieron con los criterios clínicos de depresión mayor, ansiedad generalizada y desorden de estrés posttraumá-

tico). Por otro lado, de manera enfática, el Dr. Sidel manifestó que el impacto de la guerra ha sido mucho mayor sobre los iraquíes de, lo que ha sido sobre el personal militar estadounidense, y citó el trabajo del Dr. Robert sobre la mortalidad en Irak (previamente discutido).

A continuación el Dr. Sidel señaló los efectos adversos de la guerra sobre los servicios de salud. Algunos de los hospitales más importantes y los laboratorios públicos de salud fueron dañados y saqueados durante la guerra. Además, el acceso a los servicios de salud ha sido severamente restringido por motivos de seguridad y recursos financieros inadecuados. Por último, la escasez de medicamentos esenciales, la interrupción de la cadena de frío para las vacunas, los daños y el saqueo del material de salud y el éxodo de muchos de los trabajadores sanitarios capacitados fuera del país, han tenido un impacto negativo en los programas sanitarios públicos.

Como ejemplos de los daños a la infraestructura que sostiene a la salud, el Dr. Sidel mencionó e tratamiento de aguas y las instalaciones de drenaje (medio millón de toneladas de aguas negras residuales y parcialmente tratadas han sido diariamente depositadas en los ríos de Irak), la seguridad alimentaria (un cuarto o más de los iraquíes han sido dependientes en algún momento de la distribución de alimentos), los fallos en la luz eléctrica y la falta de sistemas de transportación y comunicación. El daño a esta infraestructura sustancial ha conducido a deterioros en la salud.

Los refugiados y las personas desplazadas interiormente son otra consecuencia de la guerra. La guerra actual en Irak ha creado aproximadamente 500,000 refugiados y el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para Refugiados ha reconocido de manera oficial a tan sólo una peque-



ña fracción de éstos, además, hay aproximadamente 2 millones de personas que han sido desplazadas en el interior de Irak.

El Dr. Sidel se mostró especialmente preocupado por el impacto de la guerra sobre los derechos humanos y el orden internacional, las violaciones a los derechos humanos durante la guerra de Irak han incluido:

- 1) La naturaleza “preventiva” de la guerra violó la Carta de las Naciones Unidas, debilitó al sistema de Naciones Unidas y estableció un precedente peligroso para el futuro.
- 2) La tortura física y el abuso psicológico de los presos en Abu Ghraib y otras prisiones.
- 3) El deterioro de los derechos de las mujeres (antes de la guerra, las mujeres en Irak tenían un mayor acceso a las oportunidades educativas y profesionales, en comparación con la mayoría de las mujeres en el mundo árabe, pero estas oportunidades son mucho menores hoy en día).
- 4) La falta de libertad de expresión (las leyes en Irak criminalizan las expresiones que ridiculizan al gobierno o sus oficiales y algunos pe-

riodistas iraquíes han sido enjuiciados bajo estas leyes por ofender a oficiales).

A continuación, el Dr. Sidel señaló *la desviación de recursos* que cualquier guerra, y ahora la guerra en Irak, significa. La Guardia Nacional de los Estados Unidos (y su equipo), actualmente en servicio en Irak o Afganistán, no estuvieron presentes en agosto del 2005 cuando el huracán Katrina afectó al territorio estadounidense, por lo tanto, no pudieron ayudar en este desastre doméstico en el momento en que eran seriamente necesitados. Muchos de los recursos utilizados para pelear la guerra en Irak pudieron haber sido empleados en los servicios humanos y sanitarios en los Estados Unidos. El Dr. Sidel calculó que los EU pudieron haber usado los \$204 billones inicialmente aprobados para la guerra en Irak (más del doble de esa cantidad fue después aprobada a principios del 2007) para realizar cualquiera de las siguientes iniciativas: contratar a más de 3 millones de maestros de primaria, construir 24,000 escuelas primarias nuevas, crear 27 millones de plazas para los niños que entran a los programas de aprendizaje temprano, ofrecer 40 millones de becas universitarias, brindar cerca de 200 millones de viviendas a precios accesibles, contratar a 3 millones de inspectores de puertos o brindar servicios sanitarios para los 46 millones de norteamericanos que no cuentan con seguro médico. A nivel internacional, el dinero que se gastó en la guerra en Irak pudo haber sido empleado para reducir el hambre mundial a la mitad, para proveer a los países en desarrollo de suficientes medicamentos para tratar al VIH/SIDA por un período de tres años, suficientes vacunas para todos los niños y agua limpia y sanidad para los cientos de millones de personas necesitadas.

Finalmente, el Dr. Sidel mencionó los *impactos de la guerra sobre los ambientes físicos, socioculturales y económicos*. Entre 10 y 12 millones de minas de tierra y unidades de artillería sin explotar han sido esparcidas a lo largo de Irak; 8,000 barriles de sustancias peligrosas han sido robados o destruidos; han habido daños a instituciones religiosas y culturales; saqueo del Museo Nacional; un aumento importante en la criminalidad y la disrupción de la vida cotidiana. La guerra ha servido como ejemplo a otras naciones, y para la gente en general, de que la violencia es un modo aceptable de resolver conflictos. A nivel económico, la guerra ha traído consigo una



alta tasa de desempleo y una producción retrasada de petróleo para Irak. En cuanto a los Estados Unidos, ya se han destinado \$378 billones para la guerra y sus costos son de casi \$2 billones semanales. Durante la siguiente década, el costo total de la guerra podría superar los \$1.2 trillones, lo que la convertiría en el esfuerzo militar más caro desde la Segunda Guerra Mundial, incluso más caro que la guerra de Vietnam.

En conclusión, el Dr. Sidel motivó a los trabajadores de la salud a participar en la prevención de la guerra.

Los pasos para lograrlo incluyen: el trabajar sobre las causas subyacentes de la guerra y el terrorismo, el control de armas, la promoción de una cultura de paz y la promoción de la paz a través de la salud. El Dr. Sidel señaló algunas lecciones importantes que necesitan ser aprendidas sobre la decisión de la administración estadounidense de empezar tal acción militar: 1) el reconocimiento de la complejidad de la situación; 2) el asegurarse de que las pruebas para la acción militar sean válidas; 3) evaluar los elementos militares, políticos y de salida antes de iniciar la acción; y finalmente, 4) evaluar sus posibles consecuencias, incluyendo los costos humanos, sociales, ambientales políticos y de oportunidad. Explicó que su esperanza es que una ciudadanía activa y participativa podría prevenir guerras injustas e innecesarias en el futuro.

#### Referencias

Burkle, F. J. and E. Noji (2004). "Health and politics in the 2003 war with Iraq: lessons learned." *Lancet* 9442: 1371-5.

Burnham G, Lafta R, et al. (2006). "Mortality after the 2003 invasion of Iraq: a cross-sectional cluster sample survey." *Lancet* 368 (9545): 1421-8.

Connolly, M., M. Gayer, et al. (2004). "Communicable diseases in complex emergencies: impact and challenges." *Lancet* 364: 1974-83.

Roberts, L., R. Lafta, et al. (2004). "Mortality before and after the 2003 invasion of Iraq: cluster sample survey." *Lancet* 364(9448): 1857-64.

Levy, B and Sidel, V. W, editors. (2007). *War and Public Health*. 2nd Edition. New York: Oxford University Press (en prensa).