

soberanía  
s a n i  
t a r i a

Reflexiones sobre  
las guerras, la geopolítica  
y la salud

Por Daniel Gollán

# GUERRA Y SALUD



*Rachid. Kreplak. Sacchetti. Rovere. Belardo*



FUNDACION  
SOBERANIA  
SANITARIA



Asociación  
Trabajadores  
del Estado  
CDP Santa Fe  
CTA



# Editorial de emergencia

La versión digital de este número estaba lista para salir el viernes 2 de septiembre. El 1º por la noche, la vicepresidenta de la Nación, Cristina Fernández de Kirchner, sufrió un atentado contra su vida y se sacudieron los pilares de la democracia que venimos construyendo hace casi 40 años. En lugar de publicar la revista, al día siguiente marchamos junto a centenares de miles de compañeras y compañeros en diferentes puntos del país.

Desde temprano y hasta después de desconcentrarnos, en cada diálogo fugaz de esos que se dan al caminar y cruzarse por unos minutos o menos con gente que conocemos del trabajo, de la lucha o de la gestión, se repitió sin cesar la idea de que, si le hubiera pasado algo a Cristina, se habría desencadenado una guerra civil ¿Qué significaba eso? “Toda esta gente que hoy está marchando habría salido a romper todo”, decía una; “no habría quedado un edificio de Recoleta sano”, aseveraba otro. “Volvería a haber muertos en las calles”, se preocupaba un tercero, “y los pondríamos nosotrxs”.

Como militantes de la salud y, ante todo, de un proyecto nacional y popular, tenemos la obligación ética de defender con nuestros cuerpos la política como herramienta privilegiada para transformar la realidad y la vida como derecho supremo. Cuando rechazamos la violencia, además de reclamar a nuestros adversarios que cesen el discurso de odio, reafirmamos nuestra firme decisión de considerar caduca la lucha armada. Haremos todo lo que esté a nuestro alcance para que, pase lo que pase, prevalezca la vía democrática.

Para evitar que la tensión y la incertidumbre continúen aumentando hasta estallar, es necesario tomar cabal conciencia de la gravedad de lo que sucedió ese jueves nefasto, darnos cuenta de que se atravesó un umbral que hasta ahora parecía infranqueable y que permanecer indiferentes sólo favorece la aparición de nuevos ataques, no sabemos cuándo, ni a quién. Para que quienes nos ubicamos en el campo popular podamos seguir contenidxs y contener a nuestrxs compañerxs, son necesarias la claridad estratégica y la organización. Con esos dos instrumentos sabemos que, más temprano que tarde, con amor, justicia social y soberanía, venceremos.

**Dirección General**

Daniel Gollan y Nicolás Kreplak

**Dirección Editorial**

Leonel Tesler

**Edición y Coordinación**

Manuela Ledesma Groba

**Consejo Editorial**

Jorge Hoffmann, José Carlos Escudero, Enio Garcia,  
Silvia González, Jorge Kohen, Jorge Rachid, Mario Rovere

**Redacción:** Gerardo Codina

**Corrección:** Melina Maira

**Diseño y diagramación:** Matías Bastino

**Fotografía:** Revista Soberanía Sanitaria,  
Ministerio de Salud PBA, Silvia Barrera

**Redes sociales:** Lucía Machay

**Consejo Directivo Provincial ATE Santa Fe**

Secretario General: Jorge Alberto Hoffmann

Secretario General Adjunto: Ricardo Marcel Delfor

Secretario Administrativo: Adolfo Luis Avallone

Secretario Gremial: Mario Sergio Tirelli

Pro-secretario Gremial: Alejandro Amadeo Esquivel

Secretario de Acción Política: Elsa Splendiani

Secretario de Organización: Adrian Marcelo Rosso

Secretario de Interior: Dario Galarza

Secretario de Actas: Elena Elba Grimado

Secretario de Comunicación: Analia Puntillo

Secretario de Acción Social, Turismo y Cultura: Marcelo  
R. Martini

Secretario de Finanzas: Patricia Monic Rudel

Prosecretario de Finanzas: Gabriela Lorena Aranda

Secretario de Formación: Monica Beatriz Ghiglia

*ISSN 2618-1983. Los editores no son responsables por las  
opiniones vertidas por los colaboradores, entrevistados y las  
notas firmadas.*



# Editorial

La pandemia le dió a la salud una centralidad en el debate público nunca antes visto. También desnudó las profundas desigualdades existentes y las formas posibles de reducirlas. Por ejemplo, las medidas que se tomaron en el marco de la emergencia sanitaria en la provincia de Buenos Aires resultaron en una distribución equitativa del riesgo ante la enfermedad. A diferencia de lo que sucedió en otras jurisdicciones, como la Capital Federal, las personas de una misma edad y con el mismo estado de salud previo tuvieron las mismas probabilidades de morir de COVID sin importar cuánto ganasen, qué tipo de cobertura tuviesen o dónde viviesen. Si en algún momento el modelo mercantil determinaba que unas personas accediesen al sistema de salud y otras no, hoy toda la población tiene algún grado de déficit en su acceso y sabe que es posible, mediante las políticas pertinentes, que el acceso mejore y se iguale.

La construcción de un Sistema Nacional Integrado de Salud se volvió algo cada vez más concreto, una discusión que los actores involucrados están dispuestos a dar porque puede implicar una solución duradera para sus problemas actuales. Es especialmente importante el rol que el movimiento obrero organizado está teniendo en este debate.

En ese contexto, dedicar el dossier a la guerra y la salud va mucho más allá de las declamaciones en defensa de la paz. Por un lado, el conflicto entre Rusia y Ucrania nos lleva a reflexionar sobre los efectos que la guerra tiene en la salud de la población y el sistema de salud. Es pertinente también analizar los diferentes rumbos que siguieron los sistemas de salud de los países que hasta fines de 1991 integraron la Unión Soviética para comprender cómo llegan al presente. Además, así como se vio el impacto directo que tuvo la guerra sobre el precio de los combustibles y cereales, el posicionamiento de nuestro país en términos geopolíticos puede tener consecuencias en el horizonte de posibilidades respecto a una reforma sanitaria. Los 40 años de la guerra de Malvinas, invitan al ejercicio de nuestra memoria a través de la odisea que debieron padecer nuestros veteranos para acceder a una atención digna. Nos servirá para repasar las políticas sanitarias de la última dictadura cívico militar, que abrió el juego a la mercantilización del sistema de salud que se profundizó en los '90 y durante el macrismo.

Por último, la relación entre guerra y salud nos lleva a pensar en el rol del Estado nacional como conductor del rumbo sanitario del país. Correrse, delegar, privatizar o limitarse a hacer sugerencias e impulsar capacitaciones sólo puede derivar en la incapacidad para brindar una respuesta rápida, eficaz y territorialmente equitativa en situaciones que amenazan el bienestar general del Pueblo. Recuperar ese papel protagónico en la toma de decisiones es indispensable para revertir la crisis actual y para afrontar lo que el futuro nos depare.

Leonel Tesler, Nicolás Kreplak, Daniel Gollan & Jorge Hoffmann

Dirección Editorial  
Revista Soberanía Sanitaria

Dirección General  
Revista Soberanía Sanitaria

Secretario General  
ATE CDP Santa Fe

# Sumario

**3 Editorial de emergencia**

**5 Editorial**

**7 La mirada interseccional, un compromiso fundamental para la Atención Primaria de la Salud**

Por Martina Iparraguirre

**11 Las cosas por su nombre**

Por Claudia Teodori

**17 Procesos de cuidado de la salud en abordajes territoriales: El caso de la prevención y detección del COVID-19 en Barrios Populares de la Provincia de Buenos Aires**

Por Nelson Giménez, Gabriela Mastellone, Yamila Comes y Noelia López

**23 Nueva ley de promoción de la alimentación saludable, una norma que protege la salud y las infancias**

Por Mara Inés García, Gisel Anahí González y María Clara Zárate

**26 El campo de los medicamentos**

Por Eduardo Pérez

**27 ¿Qué se puede esperar?**

Por Mauro Alonso

**31 Enfermería del buen vivir**

Por Silvia N. Carcamo

**36 Reflexiones sobre las guerras, la geopolítica y la salud**

Por Daniel Gollan

**39 ¿Por qué no se enseña la guerra como un problema de salud?**

Por Nicolás Kreplak y Leonel Tesler

**42 Conflictos Bélicos y Salud; su impacto en los valores, en la estructura social y en los desarrollos tecnológicos**

Por Laura Sacchetti y Mario Rovere

**48 Las nuevas guerras, la salud y la información**

Por Jorge Rachid

**51 Los conflictos bélicos y las organizaciones internacionales de salud**

Por Marcela Belardo

**54 La salud de los refugiados**

Por Maryam Aso, Jonatan Konfino y Tala Al-Rousan

**59 Las mujeres de Malvinas** - Por Diana Garcilazo y Manuela Ledesma Groba

**64 El lugar nuestro** - Por Jonatan Konfino y Manuela Ledesma Groba

**68 No ausentarnos del dolor del mundo** - Por Roberto Gutman

**72 ¿Dónde estará enterrada María Remedios del Valle?**

Por Leonel Tesler



Foto: paho.org

# LOS CONFLICTOS BÉLICOS Y LAS ORGANIZACIONES INTERNACIONALES DE SALUD

■ Por Marcela Belardo

***En este artículo se repasan los orígenes y principales enfoques de algunas de las organizaciones de la salud más influyentes y su relación con los conflictos armados.***

La batalla de Solferino, que duró un solo día y dejó un saldo de 40 mil personas entre muertos y heridos, fue lo que impulsó al filántropo suizo Henry Dunant a crear en 1864 una de las organizaciones humanitarias más antiguas que operaría directamente en los conflictos bélicos. El Comité Internacional de la Croix Rouge (CICR) es una asociación de carácter filantrópica e híbrida -con participación del sector privado y público- interesada en gestionar hospitales, transportar heridos y ayudar a los civiles en los conflictos armados, teniendo como principio fundacional la neutralidad. La CICR impulsó el Convenio de Ginebra, texto que dio origen al derecho internacional humanitario contemporáneo, y sentó las bases de las normas jurídicas internacionales sobre la guerra; fue aprobado y ratificado por numerosos gobiernos y modificado en 1949 y en 1977. Desde su fundación se organizaron en todo el mundo entidades que el CIRC incorporó como Sociedades Nacionales de la Cruz Roja, siempre y cuando esos países hubieran firmado el convenio de Ginebra. Argentina fue uno de los

primeros países en firmar y, aún sin organizar una asociación nacional, la Cruz Roja participó en la atención de heridos en la guerra contra el Paraguay y en la lucha contra la fiebre amarilla. Al terminar la Primera Guerra Mundial, la Cruz Roja inicia una etapa diferente con el liderazgo de Estados Unidos que, bajo la doctrina del panamericanismo iniciada en 1902, crea un círculo propio para la región.

Ya para el período de entreguerras, organizaciones que actuaban en el campo de la salud internacional, tanto públicas como privadas, formaban un diverso y complejo panorama: la Cruz Roja, la Oficina Sanitaria Internacional (actualmente, la Organización Panamericana de la Salud), la Oficina Internacional de Higiene Pública, la Sección de Salud de la Liga de las Naciones y la Fundación filantrópica Rockefeller, entre las más influyentes. Estas organizaciones tenían diversos alcances geográficos, actividades que se solapaban unas con otras pero respetaban los distintos intereses y modos de intervenir de cada una; tal vez el rasgo común haya sido la disputa, a veces velada y otras veces más evidente, en el juego de la geopolítica mundial.

Al final de la Primera Guerra Mundial se creó la Sección de Salud de la Liga de las Naciones, que tenía como misión asegurar la salud y el bienestar de la población en el marco de los esfuerzos para prevenir futuras guerras. Desde su creación la organización fue muy controversial debido a algunas tensiones que convivían en su seno. La primera se evidenciaba en que sus actividades se superponían con la Oficina Internacional de Higiene Pública (OIHP) creada en 1907, una organización que pretendía ser internacional pero cuyas actividades no iban mucho más allá de Europa. El director de la Sección de Salud de la Liga, el médico socialista Ludwik Rajchman, le imprimió una vocación mundial mucho más decidida que la OIHP, a pesar de ser una organización pequeña con no más de 30 funcionarios rentados y con un presupuesto muy limitado. Con una abrumadora mayoría de expertos en salud de origen europeo, seguido de colaboradores de EE. UU, aunque el país no era miembro de la Liga, elevaban informes de 86 países, territorios y colonias. La otra tensión tuvo que ver con la definición de 'salud' que su comité organizador había adoptado. Una definición que se alejaba de lo estrictamente biológico e incorporaba los aspectos sociales y económicos.

Muchas de sus actividades se enmarcaron en la medicina social, la higiene rural y la nutrición. Este perfil se vio acentuado a partir de otro suceso devastador: la Gran Depresión de la década de 1930 que supuso poco menos que el colapso de la economía capitalista mundial y en ese momento la salud más que nunca fue entendida de manera inseparable de los procesos económicos y sociales. Pero tal vez el conflicto más importante tenía que ver con entender a cuáles intereses representaba la Sección de Salud, si a aquellos de los países miembro o a los de las poblaciones, que implicaba necesariamente una demanda a esos mismos países. Claramente, la visión democrática y progresista del comité organizador se veía impugnada en la práctica por los países más importantes de la Liga que eran potencias coloniales, que además eran su columna vertebral financiera. Muchas de las políticas de la salud pública internacional en Asia y África no estaban exentas de esa impronta colonialista. En muchos sentidos, las intervenciones de esta organización durante el período de entreguerras representaron una permanente tensión entre la aplicación de soluciones técnicas con un enfoque limitado y la defensa de reformas sociales y económicas más amplias involucrando a las poblaciones en su implementación. Los esfuerzos para aplicar estos modelos en varios escenarios internacionales tuvieron algunos éxitos, aunque fueron difíciles de medir por el inicio de la Segunda Guerra Mundial.

## ***Al final de la Primera Guerra Mundial se creó la Sección de Salud de la Liga de las Naciones, que tenía como misión asegurar la salud y el bienestar de la población en el marco de los esfuerzos para prevenir futuras guerras.***

Cuando la Liga de las Naciones se disolvió en 1946 se creó un nuevo conjunto de organizaciones internacionales para responder a las crisis desatadas por la guerra como las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), la Administración de Ayuda y Rehabilitación de las Naciones Unidas (UNRRA), el Banco Mundial y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Los fundadores de cada una de estas organizaciones estaban comprometidos con una visión del desarrollo de la posguerra que vinculaba las mejoras en la salud y nutrición a cambios sociales más amplios. Pero este compromiso duró poco con la llegada de la Guerra Fría.



A principios de la década de 1950, la OMS avanzaba rápidamente hacia un conjunto de estrategias que se centraban estrictamente en la aplicación de nuevas tecnologías biomédicas para eliminar enfermedades, estrategias reforzadas por los avances médicos durante la Segunda Guerra Mundial. En efecto volvió a una era de intervenciones asociadas con las campañas verticales de erradicación de enfermedades, que llevaba adelante la Fundación Rockefeller en varios países del mundo. En ese momento se prestó poca atención a las condiciones sociales y económicas subyacentes o a la necesidad de desarrollar servicios básicos de salud.

Este período estará marcado por la “asistencia técnica” impulsada fuertemente por el bloque occidental. La OMS y UNICEF dedicarían los próximos 25 años a grandes campañas verticales de control de enfermedades como la malaria y la viruela, que habían sido pensadas como armas con las que contrarrestar la influencia comunista en el mundo en desarrollo, creyendo que a través de tales programas la población en situación de pobreza saldría de ella y, por lo tanto, se volvería resistente a la “seducción” comunista. Los soviéticos, que se habían retirado de la OMS en 1949, presentaron una contrapropuesta en 1958 marcando su deseo de asumir un papel activo en la configuración de la agenda de la OMS: proponían una campaña mundial coordinada dejando a un lado las campañas por país que hacían lento el proceso de erradicación de las enfermedades. Su propuesta se basaba en la propia experiencia de erradicación de la viruela en la década de 1930. Sin embargo, no fue aceptada hasta 10 años más tarde cuando EE.UU tuvo que votar a favor. La objeción de EE.UU en ese momento de no votar por un mayor presupuesto para su erradicación reflejó su opinión de que la OMS debía dedicarse a brindar asistencia técnica en forma de asesoramiento de expertos, y que otras organizaciones debían apoyar materialmente las operaciones sobre el terreno. Concretamente EE.UU prefirió financiar programas bilaterales que pagarían dividendos políticos, en lugar de contribuir a las operaciones multilaterales.

A partir de la década de 1960, y durante tres décadas más, los programas de asistencia técnica se concentraron en el crecimiento poblacional y la planificación familiar. Pero a diferencia de los programas de erradicación de enfermedades, los esfuerzos por modificar los patrones de reproducción en los países periféricos no fueron coordinados por la OMS sino por otras agencias de la ONU. Gran parte de estas campañas se hicieron de manera descentralizada, financiadas por fondos privados a través de ONG o por acuerdos bilaterales entre países. Fue a través de esta temática que las ONG se involucraron activamente por primera vez en la salud internacional. Para la década de 1990, la planificación familiar había dado un giro al enfocarse en planes de protección de la salud de las mujeres y de la infancia, y no más en limitar la reproducción.

La Conferencia de Alma-Ata realizada en 1978, una propuesta de los soviéticos desde 1974, estableció un nuevo camino hacia la salud: desde enfoques integrados, un compromiso con la equidad y la participación comunitaria hasta el reconocimiento de la necesidad de abordar los determinantes sociales y económicos subyacentes de la salud, alejándose del enfoque de la asistencia técnica. De alguna manera, representó un retorno a la visión y el espíritu que había caracterizado a la comisión organizadora de la Sección de Salud de la Liga de las Naciones. Varios procesos confluyeron para que se diera este giro en la salud pública internacional: el papel de Halfdan Mahler, quien se convirtió en director general de la OMS en 1973, ayudó a configurar la agenda de la OMS bajo esta perspectiva, sumados a los esfuerzos de la URSS y la creciente demanda de los países periféricos para tener mejores servicios básicos de salud. La convergencia de eventos, personalidades y movimientos revolucionarios y de protesta que se venían desarrollando desde la década de 1960 confluyeron en este hito de la salud pública internacional que significó Alma Ata. Pero también duró poco ya que la recesión mundial de la década de 1980, combinada con el surgimiento de políticas económicas neoliberales, y la subsiguiente aparición de nuevos y múltiples actores privados en el escenario internacional cambiaron el rumbo de la salud internacional. La década de 1990 y, fundamentalmente la década del 2000, estuvieron signadas por el papel emergente del sector privado y un mayor énfasis en el uso de biotecnologías para resolver los problemas de salud del mundo, cuyos protagonistas son el Banco Mundial, el Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, y la Fundación Bill y Melinda Gates, además de la abrumadora presencia de las ONG, intentando reemplazar a los ministerios de salud nacionales. Si bien en el discurso de las organizaciones de la salud global (nótese que se cambió el vocablo internacional por el de global) continuó la necesidad de abordar los determinantes estructurales de la salud, en la práctica recibió poca atención y menos aún financiación. En este escenario la OMS empezó a tener cada vez menos protagonismo y al mismo tiempo inició un largo proceso de deslegitimación debido a escándalos de corrupción y negligencia ante brotes epidémicos.

Las intervenciones en los conflictos bélicos no son fáciles de sistematizar si uno tiene en cuenta que desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta el 2001 hubo 248 conflictos armados en 153 lugares alrededor del mundo, y que EE.UU fue el responsable de 201 operaciones militares en el extranjero. En las décadas de 1980

y 1990 el concepto de la salud fue un factor propiciador de la paz en situaciones de conflicto, originalmente acuñado por la OPS. La “salud como puente para la paz” se ha utilizado para promover la paz durante los altos al fuego humanitarios a través de campañas puntuales como las inmunizaciones (El Salvador, Uganda, Afganistán, República Democrática del Congo, Sudán, Somalia, etc.). También enmarca los esfuerzos de la OMS para integrar los sistemas de salud en el sur de África y la ex Yugoslavia en la década de 1990. De estas experiencias se desprende que, en 1998, la OMS adoptara formalmente este programa para intervenir con acciones específicas durante y post conflictos bélicos.

## **Las intervenciones en los conflictos bélicos no son fáciles de sistematizar si uno tiene en cuenta que, desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta el 2001, hubo 248 conflictos armados en 153 lugares alrededor del mundo.**

El enfoque de “salud como un puente para la paz” está actualmente en revisión. En el 2019 la OMS lanzó un nuevo programa denominado “Iniciativa Mundial de Salud para la Paz” (IMSP), aunque la pandemia de COVID-19 retrasó, en gran medida, su implementación. Según Tedros Adhanom, el director general de la OMS, el nuevo programa pretende ir más allá que el enfoque anterior. “Lo que es nuevo e innovador sobre el nuevo enfoque -dice Tedros- es que los programas de salud pueden usarse no solo para trabajar en el conflicto (lograr beneficios de salud en situaciones de conflicto) sino también para trabajar sobre el conflicto (centrar la atención médica para abordar algunas de las causas subyacentes del conflicto)”. La nueva iniciativa pretende implementarse a través del nexo “ayuda humanitaria-desarrollo-paz”, que según el informe oficial significa “ampliar la cobertura universal de salud (desarrollo) en entornos frágiles y afectados por conflictos (humanitaria) de una manera que promueva y abogue por el acceso equitativo a los servicios de salud esenciales (cohesión social, y una respuesta sólida a las crisis recurrentes), y contribuya a abordar las causas profundas de la tensión y la marginación (consolidación de la paz)”. La iniciativa tuvo una aceptación parcial durante una discusión del Consejo Ejecutivo durante enero del 2022.

No es lo mismo que un organismo internacional de salud actúe en los conflictos bélicos para minimizar los daños en salud de las poblaciones involucradas a que trabaje sobre las causas que subyacen a esos conflictos, y lo diga explícitamente. No obstante, y como vimos en este artículo, los conflictos bélicos y el control de epidemias han sido, a lo largo de la historia, las bases estructurantes y han logrado delinear las políticas internacionales de salud.

**Marcela Belardo es Licenciada en Ciencia Política y Doctora en Ciencias Sociales (UBA) y magíster en Epidemiología, Gestión y Políticas de Salud (UNLA).**

### **Bibliografía consultada**

- Borowy Iris (2010) The League of Nations Health Organization: from European to global health concerns? In: Astri Andresen, William Hubbard and Teemu Ryymin (eds.): International and Local Approaches to Health and Health Care, Bergen: University of Bergen 2010, 11-30.
- Cueto Marcos, M. Brown Theodore y Fee Elizabeth (2019). The World Health Organization: a history. Cambridge, United Kingdom: Cambridge University Press.
- Di Liscia MS, Álvarez AC. (2019). La Cruz Roja, el panamericanismo y la salud en el período de entreguerras. Salud Colectiva. Doi: 10.18294/sc.2019.2116.
- Organización Mundial de la Salud. Iniciativa Mundial de Salud para la Paz. Informe del director, 2 de diciembre de 2021.
- Packard Randall M. (2016) A history of global health: interventions into the lives of other Peoples. Johns Hopkins University Press.
- Wiist, W. H., Barker, K., Arya, N., Rohde, J., Donohoe, M., White, S., Lubens, P., Gorman, G., & Hagopian, A. (2014). The role of public health in the prevention of war: rationale and competencies. American journal of public health, 104(6), e34–e47. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.30177>