



Revista Española de Salud Pública

ISSN: 1135-5727

resp@msc.es

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e
Igualdad
España

Arcos González, Pedro; Castro Delgado, Rafael; Cuartas Álvarez, Tatiana; Pérez-Berrocal Alonso,
Jorge

TERRORISMO, SALUD PÚBLICA Y SISTEMAS SANITARIOS

Revista Española de Salud Pública, vol. 83, núm. 3, mayo-junio, 2009, pp. 361-370

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad

Madrid, España

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=17011592002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

COLABORACIÓN ESPECIAL**TERRORISMO, SALUD PÚBLICA Y SISTEMAS SANITARIOS**

Pedro Arcos González, Rafael Castro Delgado, Tatiana Cuartas Álvarez y Jorge Pérez-Berrocal Alonso

Unidad de Investigación en Emergencia y Desastres (UIED). Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.

RESUMEN

El terrorismo es hoy un problema de distribución global e interés creciente para la salud pública internacional. La violencia que comporta afecta a la salud pública y los servicios sanitarios de manera importante y en diferentes ámbitos, entre ellos, aumenta la mortalidad, morbilidad y discapacidad, genera un contexto de miedo y ansiedad que hace muy frecuentes los trastornos psicopatológicos, altera gravemente el funcionamiento de los servicios sanitarios y produce importantes daños sociales, políticos y económicos. Estos efectos son, además, especialmente intensos cuando el fenómeno se produce de manera crónica en una comunidad. El objetivo de este trabajo es examinar la relación entre terrorismo y salud pública, particularmente en cuanto a sus efectos sobre esta y sobre los servicios sanitarios, así como examinar los posibles marcos de abordaje del terrorismo como problema de salud pública, con especial referencia a la situación en España.

Frente a este problema, tanto los sistemas de salud pública como los servicios sanitarios, deberían adaptar sus enfoques y funcionamiento especialmente en seis ámbitos prioritarios relacionados con: (1) La coordinación entre las diferentes agencias de respuesta sanitaria y no sanitaria; (2) El refuerzo de los sistemas de vigilancia epidemiológica; (3) La mejora de las capacidades de los laboratorios de salud pública y de los sistemas de respuesta sanitaria a tipos específicos de terrorismo como son el terrorismo químico o biológico; (3) Los servicios de salud mental; (4) La planificación y coordinación de la respuesta de emergencia de los servicios sanitarios; (5) Las relaciones con la población y los medios de comunicación y, finalmente; (6) Una mayor transparencia en la difusión de la información y un mayor grado de análisis de las acciones sanitarias llevadas a cabo en el ámbito de la respuesta de emergencia.

Palabras clave: Mortalidad. Terrorismo. Salud pública.

ABSTRACT**Terrorism, Public Health and Health Services**

Today the terrorism is a problem of global distribution and increasing interest for the international public health. The terrorism related violence affects the public health and the health care services in an important way and in different scopes, among them, increase mortality, morbidity and disability, generates a context of fear and anxiety that makes the psychopathological diseases very frequent, seriously alters the operation of the health care services and produces important social, political and economic damages. These effects are, in addition, especially intense when the phenomenon takes place on a chronic way in a community. The objective of this paper is to examine the relation between terrorism and public health, focusing on its effects on public health and the health care services, as well as to examine the possible frames to face the terrorism as a public health concern, with special reference to the situation in Spain.

To face this problem, both the public health systems and the health care services, would have to especially adapt their approaches and operational methods in six high-priority areas related to: (1) the coordination between the different health and non health emergency response agencies; (2) the reinforcement of the epidemiological surveillance systems; (3) the improvement of the capacities of the public health laboratories and response emergency care systems to specific types of terrorism as the chemical or biological terrorism; (3) the mental health services; (4) the planning and coordination of the emergency response of the health services; (5) the relations with the population and mass media and, finally; (6) a greater transparency in the diffusion of the information and a greater degree of analysis of the carried out health actions in the scope of the emergency response.

Keywords: Mortality. Terrorism. Public health.

Correspondencia:
Pedro Arcos González
Unidad de Investigación en Emergencia y Desastres (UIED)
Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.
Campus del Cristo 33006 Oviedo, España
Correo electrónico: arcos@uniovi.es

INTRODUCCIÓN

El terrorismo, definido como el *uso sistemático de la violencia, amenaza de violencia o terror contra los individuos, grupos o gobiernos para conseguir un objetivo político* es actualmente un problema de distribución global e interés creciente para la salud pública internacional¹. En 2007 hubo al menos 14.499 ataques terroristas en todo el mundo que afectaron a 72.066 personas de las que 22.685 murieron como consecuencia de las lesiones sufridas². En este sentido, puede decirse que el fenómeno de la violencia terrorista constituye hoy un magnífico ejemplo de los nuevos desafíos que la globalización está planteando a la salud pública internacional.

La violencia que comporta el terrorismo afecta a la salud pública y a los servicios sanitarios de manera importante y en diferentes ámbitos, entre ellos, aumenta la mortalidad, morbilidad y discapacidad de las poblaciones afectadas, genera un contexto de miedo y ansiedad en el que se vuelven muy frecuentes los trastornos psicopatológicos, altera gravemente el funcionamiento de los servicios sanitarios y produce importantes daños sociales, políticos y económicos³⁻⁵. Estos efectos del terrorismo son, además, especialmente intensos cuando el fenómeno se produce de forma crónica en una comunidad. La Organización Mundial de la Salud ha señalado que, en este caso, los impactos sobre ámbitos específicos como son la salud mental o el nivel de desarrollo son especialmente graves, como ocurre en zonas como Afganistán, Irak, Palestina o Israel⁶.

Por otro lado, algunas de las acciones puestas en marcha para hacer frente al terrorismo también causan daño cuando las respuestas se basan en la venganza y afectan a personas inocentes, cuando los intentos por localizar, interrogar o castigar a los sospechosos de terrorismo se hacen sin respetar los derechos humanos o el derecho

internacional, o cuando los gobiernos utilizan la lucha antiterrorista como pretexto para atacar a grupos políticos o colectivos rivales⁷.

En España, y aún a pesar de nuestra larga historia de violencia terrorista, el fenómeno no ha recibido la misma atención por parte de los especialistas que otros problemas tradicionales de salud pública como son las enfermedades transmisibles, el cáncer o la salud mental. Por ello, el objetivo de este trabajo es examinar la relación entre terrorismo y salud pública, particularmente en cuanto a sus efectos sobre ésta y sobre los servicios sanitarios, así como examinar los posibles marcos de abordaje del terrorismo como problema de salud pública, con especial referencia a la situación en España.

TERRORISMO Y SALUD PÚBLICA EN ESPAÑA

La historia del terrorismo moderno se inició en España en 1938 y ha estado vinculada fundamentalmente a organizaciones terroristas españolas (ETA, GRAPO, el GAL y la extrema derecha), así como a dos grupos islámicos fundamentalistas (Yihad islámica y Al Qaeda). Desde entonces, se han producido en España más de 2.975 atentados terroristas en los que ETA ha matado a un total de 817 personas, el GRAPO a 81, los grupos de extrema derecha a 42, el GAL a 23, Al Qaeda a 192 y la Yihad islámica a 18. De todos ellos, sin duda el más grave fue el producido por Al Qaeda en Madrid el 11 de marzo de 2004 con 192 muertos y casi 2.000 heridos. En la Tabla 1 se muestran los diez atentados terroristas con mayor mortalidad en España. En los últimos 50 años los atentados terroristas con bomba en España han generado promedios de 30 muertos y 265 heridos por atentado⁸. Estos datos ilustran el impacto sobre la salud pública y el sistema sanitario en España, no solo en cuanto a los

Tabla 1

Los diez atentados terroristas con mayor mortalidad en España en los últimos 200 años

Fecha	Muertos	Heridos	Organización	Descripción
11-3-2004	192	1.800	Al Qaeda	Explosión bomba en trenes de cercanías en Madrid
12-2-1949	40	50	Maquis comunista	Sabotaje en expreso Barcelona-Madrid que descarriló en Tarragona
1-5-1906	23	100	Anarquistas	Bomba en calle Mayor al paso de la comitiva real de la boda de Alfonso XIII
19-6-1987	21	39	ETA	Explosión coche bomba en garaje de centro comercial Hipercor en Barcelona
7-11-1893	20	—	Anarquistas	Explosión de dos bombas en Teatro del Liceo en Barcelona
12-4-1985	18	84	Yihad islámica	Explosión bomba en el restaurante El Descanso
13-9-1974	12	80	ETA	Explosión bomba en la cafetería Rolando
14-7-1986	12	50	ETA	Explosión coche bomba al paso de un autobús de la Guardia Civil en Madrid
11-12-1987	11	40	ETA	Explosión coche bomba en la Comandancia Guardia Civil de Zaragoza
29-5-1991	10	40	ETA	Explosión coche bomba en la casa cuartel de la Guardia Civil de Vic en Barcelona

Fuente: Base de Datos de Desastres en España. Unidad de Investigación en Emergencia y Desastres (UIED). Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo.

efectos en la fase aguda, sino también en cuanto a morbilidad crónica física y psicológica en los afectados, algo que precisa un claro enfoque epidemiológico de cara a optimizar el seguimiento de estos sujetos y a monitorizar el impacto del terrorismo sobre el sistema de salud.

EL PAPEL DE LA SALUD PÚBLICA

El terrorismo es hoy un importante problema de salud pública a nivel global y, por ello, tanto la epidemiología como la propia salud pública tienen un papel importante en el abordaje de este fenómeno social con impacto sobre la salud. Aunque tradicionalmente este papel ha sido percibido de una manera más evidente en determinadas modalidades de terrorismo, como ocurre el terrorismo químico o biológico⁹, existe un amplio campo de acción para las herramientas que la salud pública ofrece en este tema, particularmente en ámbitos como son la vigilancia epidemiológica de los episodios terroristas y su impacto sobre la morbilidad y la mortalidad, la planificación, ejecución y evaluación de programas de prevención, preparación y respuesta de emergencia del sistema sanitario ante el terrorismo, los programas de intervención en salud mental o los programas de intervención social, entre muchos otros.

Al igual que ocurre con muchos otros problemas de salud pública, el fenómeno de la violencia terrorista responde a varios factores causales, principalmente factores de orden político, social y económico^{10,11}. El terrorismo no tiene una única causa y, por ello, no puede ser abordado solamente desde una perspectiva de seguridad o policial. Precisamente por esta razón, algunas asociaciones de profesionales de la salud pública han intentado establecer marcos conceptuales e instrumentos que permitan abordar el fenómeno desde su campo de acción y con un enfoque especialmente centrado en la prevención de los factores causales.

Un ejemplo de estos enfoques es la guía establecida por la Asociación Americana de Salud Pública¹² que recomienda prevenir el terrorismo y sus consecuencias sobre la salud mediante la promoción de políticas y programas dirigidos, entre otras cuestiones a abordar sus potenciales factores causales como son la pobreza, la injusticia social y las desigualdades); proporcionar ayuda y proteger los derechos humanos de las poblaciones afectadas por el terrorismo; promover el uso de medios no violentos como forma de resolver conflictos; fortalecer la infraestructura de salud pública, particularmente en cuanto a medios humanos, capacidades de laboratorio y sistemas de

información; informar y formar a los profesionales sanitarios y al público en la identificación, respuesta y prevención de las consecuencias del terrorismo sobre la salud; trabajar las necesidades de salud mental de las poblaciones afectadas; asegurar la clarificación de roles, relaciones, y responsabilidades entre instituciones sanitarias, fuerzas de seguridad y personal de primera intervención; prevenir la discriminación racial y religiosa; o promover la competencia cultural, la formación en la diversidad, el diálogo entre las personas y la protección de los derechos humanos y las libertades civiles.

Desde la perspectiva específica de los sistemas de salud pública, el terrorismo plantea una serie de desafíos que hacen prioritario emprender acciones de refuerzo y mejora de las capacidades de respuesta de los sistemas de salud frente a actos de terrorismo¹³. Aunque naturalmente la situación varía en cada país, la selección de las acciones de mejora de la capacidad de respuesta dependen de factores que tienen que ver, al menos, con tres cuestiones relevantes: la historia previa de terrorismo en este país o comunidad, su modelo de protección civil, y su modelo de sistema sanitario.

En el caso de España en particular, las acciones deberían estar centradas especialmente en aspectos relacionados con una mayor implicación de la infraestructura de salud pública, no sólo de los servicios sanitarios, en las cuestiones relacionadas con el terrorismo; una mejor coordinación entre las diferentes agencias de respuesta, especialmente entre los servicios de salud pública, servicios de asistencia sanitaria de emergencia y servicios de protección civil; un refuerzo de los sistemas de vigilancia epidemiológica y su adaptación a los nuevos retos planteados por las amenazas terroristas y sus impactos¹⁴; una mejora de la capacidad técnica de los laboratorios de salud pública y de la capacidad de respuesta de emergencia a tipos específicos de terrorismo como el químico o biológico¹⁵ y,

finalmente; una mayor transparencia en la difusión de la información y un mayor grado de análisis de las acciones sanitarias llevadas a cabo en el ámbito de la respuesta de emergencia. Particularmente un aspecto de los mencionados, la mejora de los sistemas de vigilancia epidemiológica y de la capacidad de los laboratorios de salud pública frente a los riesgos del terrorismo, merece atención especial al ser un problema que afecta a la mayoría de los sistemas de salud pública¹⁶ y que sólo ha sido abordado, de una manera parcial y no desde una perspectiva sindrómica, en lo que respecta a las amenazas terroristas que impliquen un riesgo de tipo químico o biológico^{17,18}.

TERRORISMO Y SERVICIOS SANITARIOS

El terrorismo afecta a los servicios de asistencia sanitaria de diferentes formas, especialmente en cuanto a la demanda de cuidados y la capacidad de prestar asistencia sanitaria. La demanda de atención sanitaria en caso de atentados terroristas depende de la naturaleza y la magnitud del incidente, pero también de las características demográficas, sociales y culturales de la población afectada y, especialmente, del modelo de sistema sanitario existente en cuanto a su complejidad, tipos de servicios prestados y tipo de provisión (pública o privada),

La mayoría de los ataques terroristas producen un aumento de demanda de atención sanitaria urgente, especialmente durante la fase aguda del incidente, debido al número de personas directamente heridas o afectadas¹⁹⁻²¹. Pero también producen un aumento de la demanda de asistencia sanitaria a medio y largo plazo debido a las complicaciones o secuelas de los afectados por el incidente^{22,23}. El patrón de modificación de la demanda de cuidados de salud tras un incidente terrorista es variable. Por ejemplo, en Israel tras los ataques con misi-

les SCUD durante la guerra del Golfo en 1991 aumentaron las consultas urgentes y disminuyeron las programadas, el número de consultas de medicina general se redujo a la mitad pero el de consultas de salud mental aumentó²⁴. De hecho, el estrés producido por los incidentes terroristas hizo que las consultas por problemas médicos triviales disminuyeran mientras que las consultas por problemas psicopatológicos como ansiedad o somatización aumentaron^{25,26}. El estudio ya citado de Baca et al. realizado en víctimas del terrorismo en España ha encontrado un aumento de la frecuencia de trastornos del ánimo y de trastornos de ansiedad con respecto a la población general, además de un aumento en el abuso de alcohol entre las víctimas directas. En este sentido, el riesgo de trastornos mentales es mayor cuando el atentado ha sido por bomba, que es el tipo de atentado terrorista más frecuente a nivel global.

A pesar de que España ha experimentado frecuentes episodios terroristas en el último periodo democrático^{27,28}, han sido escasos los estudios realizados sobre su impacto en la salud pública y los servicios sanitarios. Los atentados del 11 de Marzo del 2004 en Madrid han generado algunos estudios al respecto, principalmente relacionados con la actividad organizativa y asistencial a nivel prehospitalario²⁹ y con la morbilidad y mortalidad hospitalaria^{30,31}. Sin embargo, es sorprendente que apenas se ha publicado información acerca del conjunto de los impactos, sus efectos a medio y largo plazo, las dificultades de coordinación asistencial o la adecuación de nuestro modelo asistencial para responder a este tipo de incidentes. Y ello a pesar de la relevancia del análisis y la difusión de esta información ya que los incidentes terroristas afectan de manera importante el funcionamiento habitual de los servicios sanitarios. De hecho, cuando la demanda asistencial producida por el incidente es alta y ocurre de forma aguda, se produce en cierta medida un colapso funcional que puede ser minimizado e incluso

evitado con la existencia de un Plan de Emergencias previo que haya sido implantado de manera correcta.

Dado que los ataques terroristas pueden afectar a los servicios e instalaciones sanitarias, es importante que estos desarrollen planes de preparación y respuesta adecuados a su contexto específico de riesgo. Los objetivos de estos programas de preparación y respuesta de emergencia a incidentes terroristas dependen básicamente de dos factores: el nivel de riesgo y el tipo específico de incidente terrorista que potencialmente puede ocurrir y el modelo de sistema de asistencia sanitaria existente.

Los planes de emergencia de los sistemas de salud basados en un modelo público de Servicio Nacional de Salud, como ocurre en España y en la mayoría de los países europeos, tienen como objetivo general asegurar que el sistema sanitario es capaz de responder a incidentes mayores de cualquier escala, de una forma que se proporcione asistencia sanitaria y cuidado óptimo a las víctimas, se reduzcan al máximo las interrupciones de los servicios sanitarios debidas al incidente, y se facilite una vuelta rápida a los niveles normales de funcionamiento^{32,33}. Estos modelos precisan que el sistema de salud tenga una alta capacidad de funcionamiento como parte de una respuesta multisectorial y sea capaz de vencer las barreras organizativas que pueden ocurrir cuando la respuesta de emergencia se proporciona según un modelo en el que hay implicadas varias agencias u organismos.

Estas barreras organizativas debidas a un modelo multiagencia han sido detectadas por distintos autores en la respuesta prehospitalaria ante los atentados de Madrid del 2004^{34,35}, algo que se minimizó a nivel hospitalario dada la única dependencia jerárquica de todos los hospitales con respecto al servicio de salud. La respuesta ante los atentados terroristas es, por necesidad, una respuesta *multiagencia*

que debe de ser coordinada. Sin embargo, esta heterogeneidad no debe darse dentro del grupo sanitario, cuya dependencia jerárquica única mediante la existencia de un único mando sanitario con capacidad real de decisión mejoraría la coordinación de todas las estructuras sanitarias involucradas en la respuesta (servicio de emergencias, atención primaria, servicios hospitalarios). Esta coordinación entre los distintos grupos involucrados en la respuesta debe de fomentarse ya desde la fase de planificación de la respuesta, con acciones tan sencillas como el conocimiento por parte de los profesionales sanitarios de los procedimientos policiales de respuesta ante atentados terroristas, o el conocimiento por parte de las fuerzas de seguridad del modelo de repuesta sanitaria predominante en nuestro país. alguna de las agencias implicadas en la respuesta, quizás el sistema sanitario a través de su Sistema de Emergencias en su vertiente de salud pública, debe de asumir el liderazgo de estas tareas de coordinación ya en la fase de planificación de la respuesta.

Los incidentes terroristas tienen habitualmente un alto grado imprevisibilidad y, además, cada tipo de incidente (químico, biológico, explosivo, etc.) plantea un conjunto específico de dificultades y retos para los servicios sanitarios. En general, la misión de los servicios de salud no es anticiparse a ellos en detalle sino desarrollar un conjunto de conocimientos y habilidades que formen el núcleo de un proceso de gestión adecuada de la imprevisibilidad e incertidumbre que implican, independientemente de cual sea el tipo de incidente.

Para abordar esta misión, los servicios de salud deben tener en consideración una serie de aspectos críticos entre los que están la coordinación entre las diferentes instituciones que intervienen en la respuesta de emergencia, la transmisión y uso conjunto de la información disponible, el análisis del riesgo y la planificación para la emergencia,

la gestión de la continuidad en la provisión de la asistencia sanitaria, la comunicación con los medios de comunicación y con la población y la realización y evaluación periódica de los planes de emergencia.

La coordinación entre las distintas agencias de respuesta de emergencia es un asunto extremadamente importante. Por ello, la mayoría de las normas que regulan los sistemas de protección civil establecen como *imperativo legal* la cooperación entre agencias locales, regionales o estatales. En este sentido, es básico que los servicios de protección civil, policía y servicios de salud discutan conjuntamente los asuntos de protección civil y desarrollen un estrecho vínculo entre los gobiernos locales, regionales y centrales en aquellos asuntos relativos a la *resiliencia* de esa comunidad. En este sentido, en España existe desde 1985 una Ley de Protección Civil de 1985 cuyo objetivo es *garantizar la protección física de las personas y de los bienes, en situación de grave riesgo colectivo, calamidad pública o catástrofe extraordinaria, en la que la seguridad y la vida de las personas puede peligrar y sucumbir masivamente*³⁶ y que contempla la creación de Planes de Emergencia territoriales, posteriormente desarrollados en 1992 por la Norma Básica de Protección Civil³⁷, en los que existen cuatro niveles de emergencia. Cualquier situación excepcional en la que se declare alguno de estos niveles de emergencia pasará a ser seguida y/o coordinada por las autoridades de Protección Civil, que en función de la gravedad asumirá la coordinación entre los distintos grupos y agencias involucrados en la respuesta

A su vez, el Sistema de Emergencia Prehospitalario en España es un sistema público y medicalizado basado en el desplazamiento al lugar de la emergencia de personal médico y de enfermería para estabilizar al paciente en la medida de lo posible y trasladarlo si fuera necesario a un centro sanitario útil en las mejores con-

diciones posibles. En situación de múltiples víctimas, estos equipos asumirán además la coordinación sanitaria "in situ" organizando la asistencia sanitaria en base a una clasificación de pacientes, estabilización y traslado al centro sanitario útil³⁸. La decisión sobre los recursos que se precisan ante una emergencia depende del Centro Coordinador de Urgencias de cada comunidad autónoma al que se accede a través de número de teléfono 112³⁹, aunque en algunas comunidades autónomas el acceso a la Central de Coordinación Sanitaria es todavía a través del antiguo 061, coexistiendo en estas zonas con el 112. Aunque el modelo general de respuesta sanitaria es similar en todo el Estado Español, la descentralización total del sistema sanitario a partir de Enero de 2002 ha hecho que cada Comunidad Autónoma gestione su propio servicio de salud y que, por tanto, el desarrollo de los sistemas de emergencia haya sido distinto en cada una de ellas. No existe, por el momento, una ley estatal que regule los sistemas de emergencia y cada comunidad autónoma tiene sus propias prioridades y criterios en este sentido.

A nivel local es importante que la planificación para incidentes mayores sea coordinada entre los servicios de salud, servicios de emergencia, autoridades locales, agencias de voluntarios, servicios sanitarios y sociales privados y el resto de organizaciones implicadas. Una parte importante de la preparación para emergencias es la formación, el entrenamiento y la prueba de los planes de incidente mayor realizado conjuntamente entre los servicios de salud y el resto de las organizaciones citadas e implicadas en la respuesta. Las agencias locales de respuesta de emergencia tienen la obligación de compartir la información y este es uno de los aspectos clave en el trabajo de protección civil. Por otro lado, los planes generales de respuesta de emergencia de los servicios de salud deben ser accesibles y conocidos por la población, excepto en

aquellos aspectos particulares relacionados con información sensible o confidencial.

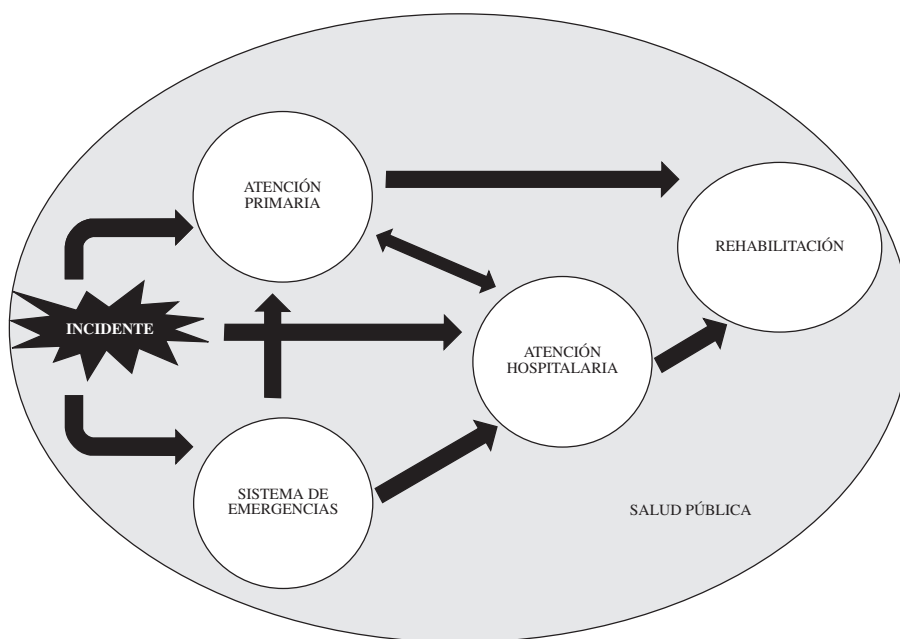
La determinación del riesgo de incidente terrorista suele ser el primer paso en la planificación de la respuesta de emergencia y de la continuidad del proceso de prestación de atención sanitaria. De esta forma se asegura que los planes de respuesta de emergencia se adaptan al tipo de riesgo o amenaza, son proporcionales al nivel de riesgo, y se adaptan a las características de los servicios e instalaciones sanitarias existentes. Cada servicio de salud o instalación sanitaria debería estudiar su perfil interno de riesgo de forma que los perfiles generales se construyan con un enfoque multiagencia a partir de los perfiles locales. Para ello es necesario que todas las agencias implicadas en la respuesta de emergencia se pongan de acuerdo y utilicen una metodología común de estimación de riesgo.

El proceso de planificación para emergencias es un elemento clave en la preparación de los servicios de salud para responder a una emergencia tanto interna como externa. Esta planificación no sólo debe incluir los aspectos de funcionamiento del servicio de salud en situación de emergencia sino también los aspectos relacionados con la prevención de la emergencia, la reducción, el control y mitigación de sus efectos sobre la provisión de atención sanitaria.

La respuesta de un servicio de salud a un incidente mayor debe basarse en los cinco principios de la Gestión Integrada de Emergencia (evaluación del riesgo, prevención, preparación, respuesta y recuperación). En énfasis debe ser puesto en desarrollar la capacidad local de respuesta de atención primaria de salud a nivel comunitario, incluyendo los servicios de salud pública, hospitales y sistemas de emergencia médica prehospitalaria (Figura 1). Los servicios de atención de salud deben planificar su respuesta de emergencia frente a tipos de inci-

Figura 1

Flujos de pacientes en las distintas estructuras sanitarias involucradas en la respuesta ante atentados terroristas



dentes de diferente naturaleza y magnitud, incluidos aquellos incidentes que pueden tener un impacto a medio y largo plazo sobre la provisión de servicios de salud. Este aspecto es particularmente relevante en las zonas sometidas de forma crónica a fenómenos terroristas.

La planificación para emergencias de los servicios de atención de salud debe dejar claramente establecido el tipo de atención de salud que se va a necesitar en caso de incidente terrorista, así como el tipo de atención que puede proporcionar cada una de las agencias u organizaciones que intervendrán en la respuesta. Las barreras administrativas, por ejemplo las relacionadas con las competencias asignadas a las agencias locales, estatales o nacionales, no deberían ser una limitación que haga que se proporcione una respuesta de baja calidad o mal coordinada.

CONCLUSIONES

La violencia terrorista es un fenómeno global que afecta a la salud pública de manera importante y en diferentes formas, pero especialmente a la mortalidad, morbilidad, discapacidad, salud mental, funcionamiento de los servicios sanitarios y su capacidad de prestar atención sanitaria, así como el equilibrio y desarrollo social, político y económico de las comunidades afectadas.

Frente a este problema, tanto los sistemas de salud pública como los servicios sanitarios, deberían adaptar sus enfoques y funcionamiento para hacer frente a las nuevas demandas creadas por el terrorismo. Estos cambios afectarían especialmente a seis ámbitos prioritarios relacionados con: (1) La coordinación entre las diferentes agencias de respuesta sanitaria y no sanitaria; (2) El refuerzo de los sistemas de vigi-

lancia epidemiológica; (3) La mejora de las capacidades de los laboratorios de salud pública y de respuesta sanitaria a tipos específicos de terrorismo como son el terrorismo químico o biológico; (3) Los servicios de salud mental; (4) La planificación y coordinación de la respuesta de emergencia de los servicios sanitarios; (5) Las relaciones con la población y los medios de comunicación y, finalmente; (6) Una mayor transparencia en la difusión de la información y un mayor y mejor nivel de análisis de las acciones sanitarias llevadas a cabo en el ámbito de la respuesta de emergencia por las diferentes instituciones de respuesta que intervienen, condición básica para mejorar la calidad de las respuestas futuras y no repetir errores.

En las zonas afectadas, el fenómeno de la violencia terrorista puede constituir, además, una nueva oportunidad para reforzar la capacidad de trabajar juntos e integrar las actividades de la salud pública y la medicina asistencial⁴⁰, lo cual es una vieja demanda en muchos países.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arcos González P, Castro Delgado R, directores. Terrorismo y Salud Pública. Gestión sanitaria de atentados terroristas por bomba. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2007.
2. Secretary of State. Reports on Global Terrorism 2007. Washington, DC: US Department of State, 2008.
3. Maniscalco PM, Christen HT. Understanding terrorism and managing the consequences. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall; 2002.
4. Annas GJ. Bioterrorism, public health and civil liberties. *N Eng J Med* 2002; 346: 1337-1342.
5. Levy BS, Sidel VW, editors. Terrorism and Public Health. New York: Oxford University Press; 2003.
6. Health Action in Crisis. 2006 Annual Report. Geneva, Switzerland: World Health Organization Press; 2007.
7. Human Right Watch. In the Name of Counter-Terrorism: Human Rights Abuses Worldwide. Briefing Paper for the 59th Session of the United Nations Commission on Human Rights. March 25, 2003.
8. Base de Datos de Desastres en España. Unidad de Investigación en Emergencia y Desastre (UIED). Departamento de Medicina. Universidad de Oviedo. Accesible en: <http://www.uniovi.es/uied>.
9. Henderson DA, Inglesby TV, O'Toole T. Bioterrorism: Guidelines for Medical and Public Health Management. Chicago: American Medical Association Press; 2002.
10. Chomsky N. The Culture of Terrorism. Boston: South End Press; 1988.
11. Reich W, editor. The Origins of Terrorism: Psychologies, Ideologies, Theologies, States of Mind. Washington, DC: Woodrow Wilson Center Press; 1990.
12. American Public Health Association. Guiding Principles for a Public Health Response to Terrorism. Statement of the APHA Governing Council, October 2001.
13. Institute of Medicine. Chemical and Biological Terrorism Research and Development to Improve Civilian Medical Response. Washington, DC: National Academic Press; 1999.
14. Rosenfield R, Morse SS, Yanda K. September 11: The response and role of public health. *Am J Pub Health* 2002; 92: 10-11.
15. Centers for Disease Control and Prevention. Biological and chemical terrorism: Strategic plan for preparedness and response. *MMWR* 2000; 49 (RR-4).
16. Lylle Conrad J, Pearson JL. Improving epidemiology surveillance and laboratory capabilities. En: Levy BS, Victor W. (eds.). Terrorism and Public Health: A Balanced Approach to Strengthening Systems and Protecting People. New York: Oxford University Press, 2003. pp 270-278.
17. Bakhshi SS. Framework of epidemiological principles underlying chemicals incidents surveillance plans and training implications for public health practitioners. *J Pub Health Med* 1997; 19 (3): 330-340.
18. Buehler JW et al. Framework for Evaluating Public Health Surveillance Systems for Early Detection of Outbreaks. Recommendations from the CDC Working Group. *MMWR* 2004; 53 (RR05): 1-11.

19. Hick JL. Health care facility and community strategies for patient care surge capacity. *Ann Emerg Med* 2004; 44:253-261.
20. Estacio PL. Surge Capacity for Health Care Systems: Early Detection, Methodologies, and Process. *J Acad Emerg Med* 2006; 13:1135-1137.
21. National Center for Injury Prevention and Control. In a Moment's Notice: Surge Capacity for Terrorist Bombings. Atlanta (GA): Centers for Disease Control and Prevention; 2007.
22. Sibai AM, Shaar NS, El Yassir S. Impairments, disabilities and needs assessment among non-fatal war injuries in South Lebanon, Grapes of Wrath, 1996. *J Epidem Com Health* 2000; 54: 35-39.
23. Baca Baldomero E, et al. Trastornos mentales en las víctimas de atentados terroristas y sus familias. *Med Clin* 2004; 122: 681-685.
24. Nakar S, Kahan E, Nir T, Weingarten MA. The influence of SCUD missile attacks on the utilization of ambulatory services in a family practice. *Med Conflict Surv* 1996; 12:149-153.
25. Soskolne V, Baras M, Palti H, Epstein L. Exposure to missile attacks: The impact of the Persian Gulf War on physical health, health behaviours and psychological distress in high and low risk areas in Israel. *Soc Sci and Med* 1996; 42: 1039-1047.
26. Levav I, et al. Health services utilization in Jerusalem under terrorism. *Am J Psychiatry* 2006; 163:1355-1361.
27. García-Castrillo Riesgo L, García Merino A. Terrorism in Spain: Emergency Medical Aspects. *Prehosp Disast Med* 2003; 18: 148-151.
28. Pérez-Berrocal Alonso J. Epidemiología de los desastres en España: 1950-2006 [tesis doctoral]. Oviedo: Universidad de Oviedo; 2007.
29. López Carresi A. The 2004 Madrid train bombings: an analysis of prehospital management. *Disasters* 2008; 32: 41-65.
30. Turégano-Fuentes T, et al. Injury patterns from major urban terrorist bombings in trains: the Madrid experience. *World J Surg* 2008; 32:1168-1175.
31. Peral-Gutiérrez de Ceballos J, et al. "11 March 2004": the terrorist bomb explosion in Madrid, Spain- An analysis of the logistics, injuries sustained and clinical management of casualties treated at the closest hospital. *Critical Care*; 9: 104-111.
32. Department of Health. Emergency Preparedness Division. The National Health Service Emergency Planning Guidance 2005. London, UK: HM Stationnery Office; 2005.
33. Haut Fonctionnaire de Défense Santé. Lutte contre le terrorisme nucléaire, radiologique, biologique et chimique : Aspects sanitaires. Paris: Ministère de la Santé, la Jeunesse et des Sports; 2006.
34. López Carresi A. The 2004 Madrid train bombings: an analysis of prehospital management. *Disasters* 2008; 32: 41-65.
35. Bolling R, et al. KAMEDO (Swedish disaster medicine study organization) report 90: Terrorist attack in Madrid, Spain. 2004. *Prehosp Disast Med* 2007; 22: 252-257.
36. Ley de Protección Civil. L. N° 2/1985 (21 de enero de 1985).
37. Norma Básica de Protección Civil. R.D. N° 407/1992 (24 de abril de 1992).
38. Castro Delgado R., Cuartas Álvarez T, Arcos González P. Organización prehospitalaria en atentados terroristas por bomba con múltiples víctimas. En: *Terrorismo y Salud Pública: Gestión sanitaria de atentados terroristas por bomba*. Madrid: Instituto de Salud Carlos III. Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.
39. Regulación del acceso mediante redes de telecomunicaciones al servicio de atención de llamadas de urgencia a través del número telefónico 112. R.D. N° 903/1997 (16 de junio de 1997)
40. Institute of Medicine. The Future of Public Health. Washington, DC: National Academy of Sciences; 1988.