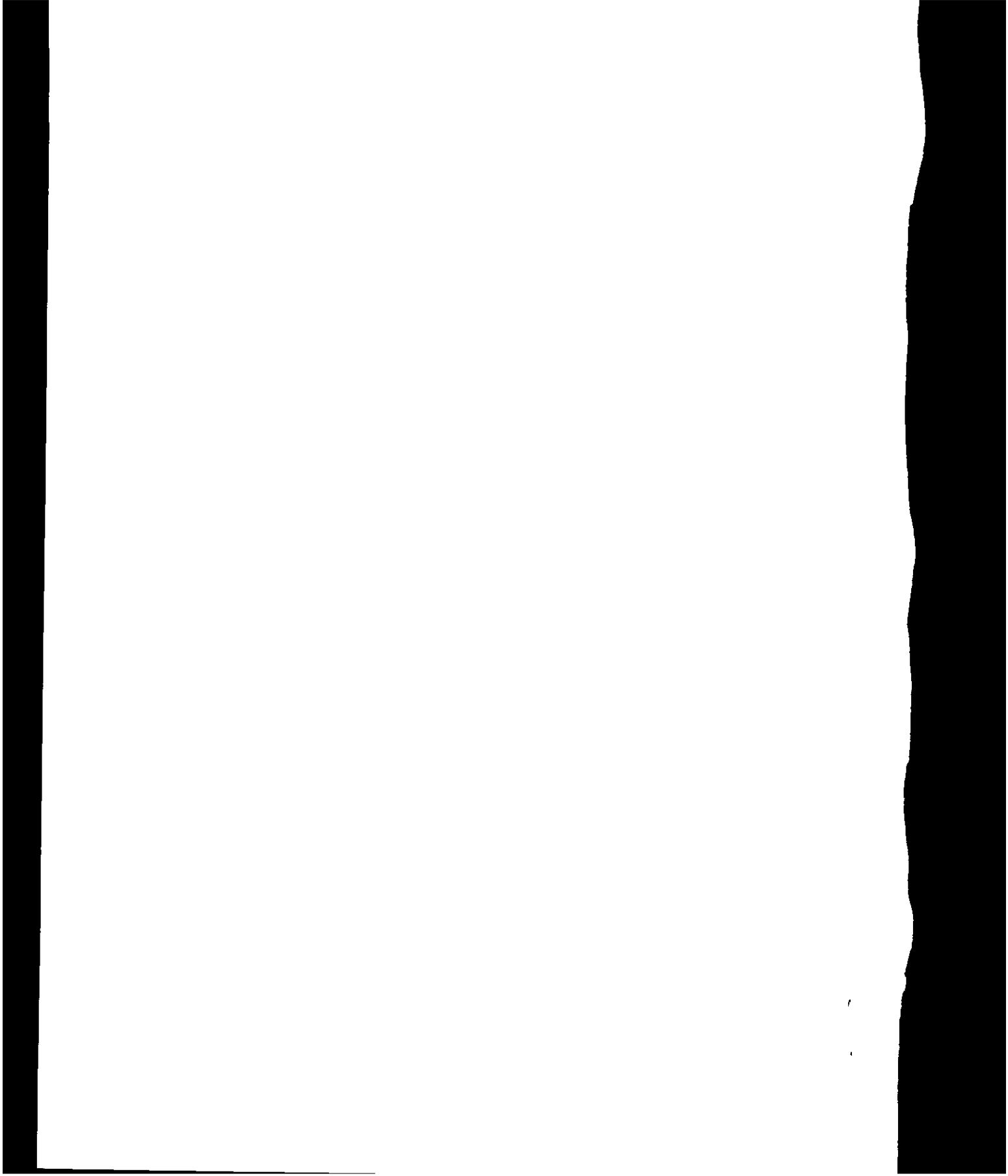


LA POBLACIÓN DESPLAZADA. UN RETO PARA LA SALUD PÚBLICA

VII CURSO INTERNACIONAL
PRINCIPIOS DE EPIDEMIOLOGÍA
Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

LA POBLACIÓN DESPLAZADA, UN RETO PARA LA SALUD PÚBLICA



LA POBLACIÓN DESPLAZADA,
UN RETO PARA LA SALUD PÚBLICA

VII CURSO INTERNACIONAL
PRINCIPIOS DE EPIDEMIOLOGÍA Y VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA

Bogotá, septiembre de 2000



CONTENIDO

	Página
Presentación	5
Introducción	7
1. El fenómeno de los refugiados y los desplazados: causas y casos a nivel mundial Eric K. Noji (CDC, Atlanta)	15
2. Medicina de desastres o epidemiología de las emergencias Eric K. Noji (CDC, Atlanta)	27
3. Sistemas de vigilancia en salud pública, en casos de desplazamiento forzado Eric K. Noji (CDC, Atlanta)	43
4. El desplazamiento forzado en Colombia Artículo basado en las intervenciones de Jorge Rojas (CODHES), Luis Fernando Maldonado (Defensoría del Pueblo), Fabio Rivas (OPS) y Geert Haghebaert (CIRC), durante el VII Curso Internacional Principios de Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública	55
5. Impactos psicosociales del desplazamiento en Colombia Artículo basado en las presentaciones de Diana Alvis (Corporación AVRE), Amparo Laiseca (Médicos sin Fronteras), Leonardo Mantilla (INS), María Inés Bohorquez Luque (Ministerio de Salud) durante el VII Curso Internacional Principios de Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública	69
6. Diseño de una propuesta de sistema de vigilancia en salud pública para la población desplazada en Colombia Subdirección de Epidemiología (INS)	99

LA POBLACIÓN DESPLAZADA

INSTITUTO NACIONAL DE SALUD, INS

DIRECCIÓN
JORGE BOSHELL

SUBDIRECCIÓN DE EPIDEMIOLOGÍA
ANGELA GONZÁLEZ

DIVISIÓN CENTRO CONTROL DE ENFERMEDADES
MARTHA VELANDIA

COORDINACIÓN SERVICIO DE EPIDEMIOLOGÍA APLICADA, SEA
JORGE JARA

**COLABORADORES DEL VII CURSO INTERNACIONAL PRINCIPIOS DE EPIDEMIOLOGÍA Y
VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA**

DIANA CÁCERES
TANIA CAMACHO
INGRID GARCÍA
CAMILO GUTIÉRREZ
VILMA FABIOLA IZQUIERDO
ALEXANDRA PORRAS
CECILIA SAAD
JOSÉ WILLIAM MARTÍNEZ
GLADYS ESPINOSA

Esta es una publicación del Instituto Nacional de Salud, INS.

ISBN: 958-13-0128-3

Primera edición: Bogotá, Colombia, marzo de 2001

Redacción y edición: Lisbeth Fog / Mara Brugés
Corrección: Carlos A. Hernández
Diseño y diagramación: Alberto Giraldo B.
Armada, impresión y encuadernación: División de Biblioteca y Publicaciones

Impreso y hecho en Colombia

PRESENTACIÓN

En el año 2000, por primera vez desde que inició los cursos internacionales sobre principios de epidemiología y vigilancia en salud pública en 1994, el Instituto Nacional de Salud hace realidad la propuesta de quienes han participado en ellos, en el sentido de dejar plasmado en un documento las enseñanzas y los aportes de los conferencistas invitados.

Es indudable que cada uno de los siete cursos realizados hasta ahora ha dejado su semilla en quienes han tenido la oportunidad de asistir presencialmente a conferencias, clases y talleres: las técnicas que permiten recopilar información para la acción, la versatilidad para buscar esa información, interpretarla y diseñar propuestas para medir las enfermedades y sus factores de riesgo, manejar idóneamente las consecuencias de un desastre natural en las poblaciones afectadas, los conocimientos básicos de la epidemiología molecular, la importancia del laboratorio en la vigilancia en salud pública, que han sido los temas centrales de los cursos. Cada participante, a su manera, se ha encargado de compartir ese conocimiento con sus colegas, en sus municipios, y aplicarlo en sus comunidades, recorriendo las veredas del territorio colombiano, y, en algunos casos, del continente latinoamericano; pero siempre nos quedaba esa nostalgia que produce el hecho de sabernos poseedores de un nuevo conocimiento, sin que éste quedara reproducido en un instrumento que permitiera llegar a más interesados en el tema.

En esta séptima versión del curso, correspondiente al año 2000, y por considerarlo no solamente un problema de salud pública sino un drama de la sociedad colombiana-

na, cuyas cifras se incrementan diariamente y se generan desde los diferentes puntos cardinales del país, el INS decidió dedicarle el tema central a la población desplazada. La epidemiología tiene mucho que ofrecer en esta historia: desde la atención humanitaria, la reubicación junto con una estabilización económica, la protección, la compilación de la información y el levantamiento de bases de datos sobre diferentes aspectos (médicos, sociales, educacionales, económicos, etc.), hasta la misma prevención y el manejo de circunstancias que evidencien una posible situación de emergencia por desplazamiento forzado.

Por eso el tema nos obligó a hacer un esfuerzo extra en esta ocasión, para publicar este documento que, más que memorias, es un instrumento que ofrece enseñanzas básicas, lecciones y recomendaciones para actuar frente a una situación de desplazamiento forzado.

En la introducción se hace referencia a la trayectoria del INS en el tema de la epidemiología, con particular atención al VII Curso. Los tres primeros capítulos testimonian la esencia del conocimiento de Eric Noji, epidemiólogo de los Centers for Disease Control and Prevention, CDC, de Atlanta, Estados Unidos. Los siguientes dos capítulos son producto de los paneles en los que participaron los diferentes actores que en Colombia, e internacionalmente, tienen en sus manos la ejecución de programas de recuperación social de estas poblaciones. Se presentan en ellos diversos puntos de vista desde la óptica del gobierno, de las organizaciones no gubernamentales y de las fuentes de cooperación internacional. Finalmente, el Instituto presenta el lineamiento de una propuesta de acción para vigilancia de salud pública en los casos de desplazamiento forzado en Colombia.

Ya no más palabras al viento. Los invitamos a sacar el mejor provecho del contenido de este documento, para el enriquecimiento y la actualización en el tema, pero, en últimas, para beneficio de esa población colombiana que requiere de nuestra atención.

ANGELA GONZÁLEZ PUCHE

Subdirectora de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia
Instituto Nacional de Salud

INTRODUCCIÓN

Antecedentes

A partir de 1992, como respuesta a las necesidades del país en cuanto a capacitación en epidemiología, el Instituto Nacional de Salud, INS, instituyó el Programa de Adiestramiento Avanzado en Epidemiología Aplicada, PAAEA, que tres años más tarde cambió su nombre por el de Servicio de Epidemiología Aplicada, SEA. Se tomó como base el modelo utilizado por los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC, del Servicio de Salud Pública de los Estados Unidos, para un programa práctico de dos años de duración dirigido a profesionales de la salud interesados en capacitación en epidemiología y medicina preventiva. A partir de 1980, la Organización Mundial de la Salud, OMS, inició un programa similar en Tailandia, conocido como Programa de Adiestramiento en Epidemiología de Campo, PAEC, que se constituye en el primero de 17 programas que se adelantan mundialmente.

El SEA está basado en la filosofía “de aprender haciendo”, lo que significa que los participantes, también llamados residentes, deben ofrecer su servicio mientras aprenden epidemiología aplicada en su trabajo. El énfasis del entrenamiento se centra en el desarrollo del juicio epidemiológico basado en el principio de que la epidemiología debe servir como guía para la toma de decisiones en salud pública, desde la formulación de alternativas de solución a los problemas, hasta la evaluación de las actividades propuestas.

Si se utilizan en forma adecuada, los métodos epidemiológicos y otros métodos de salud pública son herramientas poderosas para mejorar la salud de las poblaciones. Los epidemiólogos de campo son profesionales de la salud que diseñan, operan y

evalúan sistemas de vigilancia, e identifican epidemias o conglomerados y otros patrones inusuales de ocurrencia de las enfermedades. El trabajo del epidemiólogo de campo se asemeja al del detective. A partir de una apropiada descripción de un problema de salud, el epidemiólogo de campo desarrolla hipótesis sobre las causas o factores relacionados con estos patrones, para luego adelantar investigaciones aplicadas cuyos objetivos le permitirán identificar el agente causal, los factores asociados, el modo de transmisión u ocurrencia, y sugerir medidas de control y prevención.

El Servicio de Epidemiología Aplicada, SEA

El Servicio de Epidemiología Aplicada, SEA, tiene su sede en la División de Centros de Control de Enfermedades de la Subdirección de Epidemiología y Laboratorio Nacional de Referencia del INS. Es un programa de entrenamiento en epidemiología de campo, que hace énfasis en la planeación, el diseño, la coordinación, la ejecución y la evaluación de sistemas de vigilancia, los estudios de problemas en el terreno y el adiestramiento en salud pública. Tiene nivel de posgrado, una duración de dos años de aprendizaje tutorial y entrenamiento «en servicio», y está dirigido a todos los profesionales de la salud interesados en la práctica de la epidemiología.

El plan académico del SEA incluye un curso básico en epidemiología y vigilancia en salud pública y un curso intermedio de métodos epidemiológicos, cada uno de ellos de dos semanas de duración. También forma parte del entrenamiento la epidemiología de campo, que se realiza en tres períodos: en el primero, se asigna al residente a un área de servicio en epidemiología donde conducirá investigaciones de brotes y diseñará, organizará y evaluará un sistema de vigilancia. En el siguiente período, el residente estudia un problema prioritario de salud de su interés, el cual prepara, escribe, documenta y evalúa. Finalmente, conduce un proyecto de naturaleza más analítica.

El SEA hace parte del *Training Programs in Epidemiology and Public Health Interventions Network*, TEPHINET, organización no gubernamental, constituida por 24 programas de entrenamiento en epidemiología de campo, (*Field Epidemiology Training Programs*, FETP) y Escuelas de Salud Pública sin Paredes, (*Schools of Public Health without Walls*, SPSW) en Alemania, Arabia Saudita, Australia, Canadá, Colombia, Costa de Marfil, Egipto, España, Estados Unidos, Filipinas, Ghana, Hungría, India, Indonesia, Italia, Japón, Jordania, México, Perú, Taiwan, Tailandia, Uganda, Vietnam y Zimbabwe. Dos programas de entrenamiento regional, el *European Program for Intervention Epidemiology Training*, EPIET, y los *Epidemiologie et Gestion*

des Programmes de Santé, EPIGEPS, formarán parte de esta red en los próximos años.

Epidemiología de campo ¿para qué?

El SEA se instituye en Colombia para responder a las necesidades identificadas, a saber:

1. Necesidad de enfrentar simultáneamente los problemas de salud de los países menos desarrollados, como enfermedad diarreica aguda, dengue, malaria, infección respiratoria aguda, tuberculosis, y aquellos problemas de salud de países más desarrollados, como homicidios, hipertensión arterial, obesidad, tabaquismo, planificación familiar y abuso de alcohol, entre otros.
2. Necesidad de entrenar en epidemiología a los responsables de la vigilancia en salud pública de los entes territoriales, y de crear una fuerza de trabajo en epidemiología, que permita dar respuesta acertada y oportuna a la variedad de problemas de salud en las diferentes regiones del país.
3. Necesidad de organizar adecuadamente las instituciones para llevar a cabo la vigilancia en salud pública: responder a la carencia de datos locales y al subregistro de enfermedades de notificación obligatoria, la poca experiencia en el análisis de la información e interpretación de los datos de la vigilancia y la falta de una apropiada divulgación de los resultados del análisis de los datos para la toma oportuna de decisiones.
4. Necesidad de ofrecer instrucción práctica en salud pública para resolver problemas agudos de salud como epidemias y para evaluar los sistemas de vigilancia.
5. Necesidad de generar la toma de decisiones oportunas con base en información epidemiológica y difusión de la misma a «todos los que deben saber».
6. Necesidad de un equipo de profesionales epidemiólogos, capaces de desplazarse

¿Qué es para usted la epidemiología?

- **“Datos para tomar decisiones”,
Eric Noji, epidemiólogo CDC**
- **“Información para la acción”,
Jorge Boshell, director INS**
- **“Es el estudio de la distribución de las enfermedades en las poblaciones, de otros eventos adversos para la salud y de sus determinantes”,
Eric Noji y Scott F. Wetterhall**

en pocas horas a los sitios en donde sean requeridos, para dar apoyo y asistencia técnica en la resolución de problemas agudos de salud, emergencias y desastres.

Los cursos internacionales

Con el propósito de ofrecer un espacio que permita mejorar las habilidades de los profesionales de la salud de todos los municipios del país, aquéllos adscritos tanto a instituciones públicas como privadas, para conducir estudios en salud pública y analizar los datos epidemiológicos, el INS organiza cursos anuales de dos semanas de duración. El objetivo es capacitar a los epidemiólogos en temas específicos que se seleccionan cada año. En ellos han participado, como conferencistas, médicos y otros expertos en salud pública de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades, CDC, de Atlanta, en Estados Unidos, de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, de las universidades de Michigan, Emory, Estatal de Louisiana, de Texas, Tulane, a nivel internacional y de las universidades de Antioquia, Valle, Industrial de Santander, a nivel nacional, así como también del Instituto Nacional de Cancerología, INC, el INS, el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, el Instituto Colombiano de Medicina Tropical, el Instituto de Hidrología, Meteorología y Estudios Ambientales, IDEAM, y los ministerios de Salud y del Medio Ambiente.

Así, en julio de 1994, se organizó el Primer Curso Internacional de Métodos Epidemiológicos Intermedios y Principios de Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública, en el que se revisaron temas como vigilancia en salud pública e investigación epidemiológica, modelación y problemas metodológicos en el estudio de enfermedades transmisibles y no transmisibles, regresión lineal y correlación, validez, confusión y otros sesgos, modelación y regresión logística, regresión de Poisson y Cox.

El segundo curso, dictado en 1995, hizo énfasis en la epidemiología de enfermedades transmisibles como VIH/SIDA, hepatitis B, C y D, epidemiología de los homicidios y otras lesiones y epidemiología del cáncer cérvico-uterino y gástrico. En 1996, considerando que el cáncer es una enfermedad de gran importancia dentro de las patologías crónicas en salud pública, el tercer curso se centró en el tema de la epidemiología y los métodos para el estudio del cáncer. En el año de 1997, el cuarto curso tuvo como tema central la epidemiología molecular; abordó los diferentes procesos que en las moléculas permiten identificar problemas de salud pública, los cuales, sin el apoyo de estas técnicas, no podrían ser corroborados ni identificados oportuna y adecuadamente. El tema central seleccionado para el quinto

curso, realizado en 1998, fue la importancia del laboratorio en la vigilancia en salud pública.

La tragedia ocurrida en el eje cafetero, como consecuencia del terremoto del 21 de enero de 1999, evidenció la necesidad de conocer herramientas epidemiológicas que permitan abordar adecuadamente los problemas de salud ocasionados por los desastres naturales. En razón de lo anterior, el tema central del sexto curso fue la epidemiología de los desastres naturales.

Año 2000: problema de los desplazados y la salud pública en Colombia

La actual crisis de orden público por la que atraviesa el país ha tenido como consecuencia la generación permanente de poblaciones desplazadas, las cuales se ven obligadas a dejar su terruño para aventurar en las grandes urbes u otras localidades buscando mejores condiciones de vida. Esta situación permitió identificar un problema de salud pública entre los integrantes de estas poblaciones, razón por la cual el **séptimo curso**, correspondiente al año 2000 tuvo como tema central a las **poblaciones desplazadas, como un reto para la salud pública**. Asistieron como conferencistas internacionales invitados, Eric K. Noji, jefe de la rama de vigilancia epidémica y respuesta a emergencias, del Centro Nacional para Enfermedades Infecciosas de los CDC, Atlanta, Estados Unidos, y Amparo Laiseca, coordinadora general de Médicos sin Fronteras, España. Entre los conferencistas nacionales participaron: Angela González, subdirectora de epidemiología del INS; Diana Alvis, psicoterapeuta de la Corporación de Apoyo a Víctimas Pro-Recuperación Emocional, AVRE; María Inés Bohórquez Luque, coordinadora del Grupo de Desarrollo de la Oferta del Ministerio de Salud; Leonardo Mantilla, consultor del INS; Jorge Rojas, director de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, CODHES; Luis Fernando Maldonado, exdirector nacional de Promoción y Divulgación de Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo; Fabio Rivas Muñoz, consultor del proyecto de desplazados de la OPS, y Geert Haghebaert, coordinador de los programas de salud y socorro del Comité Internacional de la Cruz Roja, CIRC, delegación Colombia, así como profesionales e investigadores del INS.

Desde 1999, la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario unió sus esfuerzos a los del INS, a través de un convenio para el desarrollo de éste y otros programas de capacitación en epidemiología, con la idea de consolidar el aval académico ofrecidos a los residentes, que en la versión del año 2000 sumaron 54 profesionales. La OPS, también desde 1999, ha apoyado la realización de los cursos como un aporte a las acciones que adelanta el país en capacitación.

Algo más sobre Eric Noji

El conferencista principal del curso, el epidemiólogo Eric Noji, conmueve a su auditorio colombiano cuando le confiesa que estará eternamente agradecido con la OPS y con nuestro país; con el primero, por patrocinar su visita en esta ocasión, y, con el segundo, porque comenzó su carrera en medicina de desastres en 1985 cuando se enteró por los periódicos del desastre de Armero. Desde entonces aporta sus conocimientos médicos al campo de la atención en salud pública en las catástrofes y las emergencias masivas.

Trabaja actualmente en los CDC, de Atlanta, liderando investigaciones que permitan prepararse para enfrentar casos de enfermedades que se creían erradicadas del planeta, así como para combatir microorganismos creados en el laboratorio. Ha vivido todos los eventos que conducen a emergencias sanitarias: primero trabajó en problemas de desastres naturales, inundaciones, tornados, terremotos, erupciones volcánicas; posteriormente, se dedicó a las emergencias toxicológicas, por explosiones de fábricas, por ejemplo, para, finalmente, especializarse en atención de salud para refugiados y poblaciones internamente desplazadas, su "verdadera pasión", según él mismo la describe. Se trata de la medicina para refugiados en situaciones en que las personas tienen que huir y se encuentran repentinamente viviendo en entornos sumamente austeros, en climas inhóspitos, sin alimentos, sin refugio. "Es un verdadero reto poder ofrecer servicios médicos y de salud a esas personas", dice.

Gran parte de su aprendizaje lo ha adquirido trabajando con la OMS, que, en su opinión, en las últimas dos décadas, ha contribuido enormemente en el mejoramiento de las respuestas médicas, epidemiológicas y de salud pública a los problemas ocasionados por los desastres a nivel mundial. Ha visitado Colombia en varias oportunidades como consultor de la OMS, apoyando la creación y la puesta en marcha de un sistema de vigilancia en salud pública de la población desplazada.

Si bien hay generalizaciones sobre las cuales se puede trabajar en un evento de desastre, el caso particular de los desplazados de Colombia exige una mirada que contemple variables quizá únicas en el mundo. Al respecto, antes de iniciar una de sus intervenciones ante un auditorio de más de 50 epidemiólogos, tuvo la gentileza de contestar algunas preguntas formuladas por las periodistas encargadas de editar esta publicación.

P: ¿Es el caso de los desplazados en Colombia peculiar y único?

E. Noji: En Colombia, el problema más agobiante es que los desplazados no están en el campo sino deambulando por todo el país geográfico, en áreas aún muy inseguras; otros se han refugiado en casas de familiares y se han confundido con el resto de la población, algunos incluso niegan ser desplazados. ¿Cómo hace uno para proveer ayuda médica en esos casos? A nivel mundial, hemos sido capaces de resolver el problema de personas que se niegan a dar información sobre sí mismos, sobre sus familias, y no quieren registrarse de tal manera que puedan recibir alimento y salud. No sé qué tan efectivo ha sido este trabajo en Colombia.

Otro problema es la variedad de fuerzas políticas, que hace difícil proveer asistencia: están el gobierno, los partidos tradicionales, los paramilitares, la delincuencia común, los terroristas y los movimientos guerrilleros; cualquiera de ellos puede ser su vecino sin que se le pueda identificar como perteneciente a alguna de estas fuerzas. Esto hace que el conflicto interno de Colombia tenga características únicas, donde se confunden aspectos políticos con la asistencia en salud. Se reflejan en que los dineros que podrían utilizarse en salud pública se destinan a otros fines y en el hecho de que con frecuencia los médicos y las enfermeras no tienen acceso a los lugares donde están los desplazados, por razones geográficas o de extremo peligro.

Además el hecho de que no se trata de una emergencia que sucedió de un momento a otro, sino que se viene dando día tras día, semana tras semana, incluso año tras año, hace que la situación sea increíblemente peor y más difícil. De hecho, si se solicita cooperación internacional para manejar una situación de emergencia es más fácil conseguirla para un evento que ha dejado damnificados visibles, donde se puede demostrar que se entregó ayuda humanitaria. Si, además, se informa del evento en los medios de comunicación, el público hace un reconocimiento a esas entidades de apoyo.

Pero las emergencias crónicas, como la que vive Colombia, no se conocen. Yo podría afirmar que el 99% de los ciudadanos estadounidenses no tienen idea del problema de desplazados en su país, porque no hay cubrimiento de prensa, lo que conlleva a que no haya conocimiento por parte del público y, si no se es consciente de la situación, no hay presión política hacia los donantes internacionales, cualquiera que ellos sean. No se reconoce entonces como una emergencia.

P: ¿Qué recomendaría para el caso de Colombia?

E. Noji: Lo resumiría en una sola palabra: PAZ. Es que se trata de un problema político, combinado con un problema de salud pública. Quizá la comunidad de epidemiólogos, médicos en general y expertos en salud pública puede actuar como un puente para unir los contrarios, en beneficio de la población infantil y de sus familias, no para actuar como misioneros de la paz, sino para informar a todas las fuerzas del conflicto de la necesidad y la importancia de vacunar a los niños, de examinar a las mujeres, más aún si están embarazadas, y a los ancianos, de adelantar programas de saneamiento ambiental, de descontaminación de las aguas, etc.

P: ¿Qué pasa con los problemas emocionales?

E. Noji: Se trata de un grave problema de atención pública que nosotros no atendemos en el primer momento del caos en una emergencia; nos preocupamos por salvar vidas, proveer alimento, refugio y atención médica antes que cualquier otra cosa. En la OMS se ha comenzado a atender el aspecto psicológico y mental de los damnificados por un desastre en los últimos años. Y, por supuesto, ahora está entre las prioridades de atención pública en la medicina de desastres.

Noji estuvo dos semanas en Bogotá. Compartió sus experiencias y conocimiento con epidemiólogos de los sectores público y privado, de un buen número de municipios del país, con estudiantes, profesores e investigadores de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario y con científicos y expertos del Instituto Nacional de Salud. Recorrió los extramuros de la ciudad y paseó por las zonas verdes de Ciudad Salitre. Allí fue abordado por una familia compuesta por una pareja y dos niños. "¡Iban bien vestidos!", comentó; "la señora tenía aretes y los niños calzaban tenis de marca". Sin conocer a este experto con apariencia oriental, el hombre se identificó como desplazado y le pidió limosna. Nunca se imaginó que quien le entregó algún apoyo representado en monedas visitaba nuestro país justamente para ofrecer esa misma ayuda en forma de conocimiento, a nivel nacional. Y Noji no podía creer lo que estaba viviendo.

EL FENÓMENO DE LOS REFUGIADOS Y LOS DESPLAZADOS: CAUSAS Y CASOS A NIVEL MUNDIAL

Eric K. Noji

La palabra **refugiado**, definida por la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, en la Convención de Ginebra en 1951 y por el Protocolo de Refugiados en 1967, hace referencia a aquella persona que debido a un miedo justificado en razón a persecuciones de tipo racial, religioso, nacionalidad, etnia o creencias políticas, se ve obligado a irse de su país de origen. Es el caso del fraccionamiento de la antigua Unión Soviética, en 1992, cuando millones de personas se vieron forzadas a regresar a sus países de origen étnico, aunque ni ellos ni sus padres hubiesen vivido allí nunca, por ejemplo, de Rusia a las repúblicas bálticas o de Armenia a Rusia.

Esta definición no incluye la situación de individuos y familias enteras que se han visto obligadas a abandonar sus hogares por desastres naturales o a aquellas personas que se desplazan por razones similares a las de los refugiados, pero se quedan dentro de las fronteras de su país. A estos últimos se les denomina **población internamente desplazada**, y se refiere a los casos que se han presentado en Nicaragua, Guatemala, El Salvador o Colombia. Tanto unos como otros tienen las mismas necesidades de vivienda, de alimentos y de agua como cualquier refugiado pero no reciben tanta asistencia por parte de las comunidades internacionales porque no satisfacen los criterios que impone la definición legal descrita anteriormente. En cifras globales, el número de refugiados afectados por la combinación de desastres naturales y de los causados por el hombre se ha incrementado en los años noventa a un estimado de

17 millones y el número de personas desplazadas por otras causas, si bien es difícil de calcular, es probablemente de la misma magnitud.

La definición de refugiado, desarrollada después de la Segunda Guerra Mundial cuando millones de personas tuvieron que desplazarse por toda Europa, en mi opinión está desactualizada y gran parte del problema hoy en día se debe no solamente a la situación de los refugiados en el sentido tradicional, sino a aquellos de características diferentes como los casos que he vivido personalmente en sitios como Sudán

y Etiopía, y el de Colombia, por supuesto, en que hemos tenido que suministrar servicios de salud y médicos a personas que, estando en sus países, son desplazados.

Mito:

Las cosas retornarán a la normalidad en pocas semanas.

Realidad:

Los efectos de un desastre duran mucho tiempo. Los países afectados por un desastre reducen mucho sus fuentes financieras y recursos materiales en la fase inmediata post-impacto. Los programas de ayuda exitosos son los que orientan sus operaciones teniendo en cuenta que el interés internacional disminuye cuando las necesidades y la escasez se tornan más urgentes.

El reto para la comunidad internacional ha sido precisamente buscar la manera de ofrecer los servicios adecuados en salud a personas que están en medio de una guerra cuando el peligro no lo viven únicamente los desplazados sino también los médicos, las enfermeras y todo el personal de ayuda nacional e internacional, quienes deben atender estas emergencias.

Causas y casos

El desplazamiento de las poblaciones y los cambios en las densidades de las mismas crean problemas desde el punto de vista de salud pública, y ocurren después de cualquier tipo de emergencia; en India, donde tuve la oportunidad de trabajar hace unos años, tuvimos 20.000 desplazados después de un accidente en una fábrica que mató a 10.000 personas; después del terremoto de Ciudad de México en 1985, que arrojó un saldo de alrededor de 10.000 víctimas, tuvimos personas desplazadas durante muchos meses e incluso años; del terremoto sucedido en Turquía, en 1992, aún hace diez meses estábamos trabajando con miles de personas que perdieron sus hogares y viven todavía en condiciones muy precarias. Quien no está afectado olvida estos sucesos; los medios de comunicación, y la televisión especialmente, ya no se acuerdan de

estos desastres y de las consecuencias que muchas veces se viven después de muchos años.

Yo vuelvo por lo menos una vez al año a Armenia, en la antigua Unión Soviética, donde sucedió un terremoto en diciembre de 1988 e, infortunadamente, todavía veo a muchos de los damnificados de entonces viviendo en condiciones infrahumanas, en casas artesanales prácticamente. No ha habido una labor decidida de apoyo a los armenios para que reconstruyan su país, sus hospitales, sus escuelas, sus fábricas. En esa ocasión, 25.000 personas perdieron la vida y 700.000 se quedaron sin hogar.

Cualquier desastre natural, sea éste una inundación, un huracán o un terremoto, por mencionar sólo algunos de ellos, puede producir desplazamientos importantes de las poblaciones. Sin embargo, en los años recientes y especialmente desde 1990, la causa más importante de desplazamientos y de refugiados alrededor del mundo ya no son los desastres naturales, sino los conflictos internos, las guerras civiles, las guerras entre los países, como se evidencia, por ejemplo, en la situación de África central. La situación de desplazados que afecta a Colombia desde hace cinco o seis años es compartida por lo menos por otros sesenta países alrededor del mundo.

Una de las primeras emergencias con personas desplazadas en la que yo tuve oportunidad de trabajar ocurrió en Ruanda. En el caso de este pequeño país del África central del este, debido a que las dos tribus más importantes, los tutsi y los hutu, protagonizaron una de las más terribles violencias étnicas de los últimos años, tuvo lugar un desplazamiento masivo hacia Zaire. Luego del asesinato de 800.000 tutsis, cuando los hutu tomaron el poder, la situación se volvió caótica. En un lapso de 24 horas, un millón de personas cruzaba la frontera de Ruanda hacia Zaire, hoy República Democrática del Congo. La carátula de la revista Time tituló "Este es el comienzo de los últimos días: el Apocalipsis", y dio cuenta de la magnitud del proble-

Mito:

Se necesitan voluntarios médicos extranjeros con cualquier tipo de entrenamiento médico.

Realidad:

La población local casi siempre cubre las necesidades inmediatas para salvar vidas. Solamente se necesita personal médico con habilidades especiales que no se encuentre disponible en el país afectado.

ma y de los esfuerzos de los voluntarios por suministrar servicios médicos, agua, alimentos y, en general, toda la ayuda posible. En el mes siguiente al desplazamiento, murieron unas 50.000 personas por enfermedades como el cólera, caracterizadas por diarreas acuosas incontrolables, diarreas con sangre, que en principio se creyeron causadas por *Shigella*.

A pesar de tener suficiente personal profesional de la salud, incluso 200 médicos que llegaron en aviones desde Alemania para atender la emergencia, hubo fallas en el suministro de una adecuada atención médica, porque la población afectada no

Mito:

Se necesita cualquier tipo de ayuda internacional... ¡y se necesita ahora!

Realidad:

Una respuesta apresurada que no esté basada en una evaluación imparcial, únicamente contribuye al caos. Es mejor esperar hasta que se hayan establecido las necesidades verdaderas. De hecho, la mayoría de las necesidades son atendidas por las víctimas mismas, su gobierno y sus agencias locales, y no por intervenciones foráneas.

necesitaba especialistas en atención médica aguda, como la práctica de cirugías para curar heridas de bala o lesiones por minas antipersonales, sino expertos en brindar atención a los problemas básicos de salud pública, como el suministro de agua limpia, potable y una disposición apropiada de las excretas humanas. A esta circunstancia se sumaba el hecho de que se trataba de un lugar donde la población estaba expuesta a enfermedades endémicas como malaria, cólera o *Shigella*, y donde, además, había grandes poblaciones de niños que no estaban inmunizados contra el sarampión.

Al comienzo se creía que el hecho de haber organizado el campamento justo al lado de uno de los más grandes lagos de agua dulce era una condición favorable pero sucedió que este lago se contaminó rápidamente por los excrementos de ese millón de personas y se convirtió en una fuente de transmisión de cólera y posiblemente de *Shigella*. Teníamos un campo de 800.000 personas cuyas necesidades fueron atendidas paulatinamente y a medida que identificábamos las más apremiantes; se les suministraron carpas, agua potable y se improvisaron lugares específicos para depositar los excrementos. Por estar localizada en una tierra muy volcánica y sumamente dura, fue difícil obtener los drenajes apropiados.

A este tipo de situaciones se le ha sumado un factor social y político en los últimos años. Muchos médicos y trabajadores de la Cruz Roja, de las Naciones Unidas o los



FACTORES QUE INFLUYEN EN LOS PATRONES DE MIGRACIÓN Y DESTINO

Disponibilidad y acceso a alimentos

Consideraciones climáticas

Rutas abiertas de escape

Lugares de vivienda de familiares, tribus o grupos étnicos

Lugares donde se perciben buenas oportunidades de ingresos económicos

Médicos sin Fronteras han sido asesinados por tratar de ofrecer atención médica y humanitaria en general a poblaciones desplazadas en medio de conflictos civiles. En los últimos tres años, sesenta han sido asesinados. Hoy en día, el signo de la Cruz Roja ya no se respeta, ni ofrece ningún tipo de protección para quien lo porta, como sí sucedía hace veinte o treinta años. De manera que se convierte en un gran reto el poder ofrecer atención médica apropiada y al mismo tiempo refugio, agua y alimentos.

En consecuencia, los profesionales de la salud han tenido que aprender a trabajar muy de cerca con los políticos y los líderes gubernamentales por un lado, y con las organizaciones de los rebeldes, por el otro, con el fin de poder lograr treguas que les permitan inmunizar a los niños contra el polio o el sarampión, por ejemplo. Hoy en día, médicos y trabajadores de la salud pública son parte integral de las negociaciones entre las fuerzas rebeldes y los gobiernos.

Hay movimientos de poblaciones que son absolutamente normales, como sucede en algunos sitios de África, puesto que se trata de grupos humanos nómadas. Pero los desplazamientos de personas que escapan de la guerra y buscan lugares seguros, donde no les falte alimento y puedan moverse libremente, muchas veces encuentran en su camino obstáculos como rutas de escape bloqueadas por los rebeldes o por el ejército, o en los casos de terremotos enfrentan aludes que han taponado las vías, lo cual hace que la población se disperse y, por tanto, sea aún más difícil para los profe-

sionales en el área de la salud pública descubrir o encontrar hacia dónde se dirigen los refugiados.

A este factor se le suma el hecho de que tribus como los tutsi y los hutu no reconocen las fronteras establecidas para los países, por no coincidir con las propias. Éste es uno de los muchos casos en que las fronteras de los países han sido establecidas sin prestar atención en absoluto a la configuración étnica y a las tradiciones de los aborígenes, de tal manera que hay personas cuyos parientes más cercanos pueden vivir en otro país.

Mi experiencia en Liberia, África, durante la guerra civil, hace tres años, fue bien interesante. En esa época yo era el médico asignado a la embajada de los Estados

Unidos en Monrovia, la capital. Cuando estalló la guerra en la ciudad, veinte mil personas se ubicaron frente a la sede diplomática. Durante un mes fui el único médico disponible, tuvimos epidemias de cólera y de sarampión, algunos liberianos que temían por sus vidas compraron tiquetes para irse en distintas embarcaciones y escapar de la guerra civil y los que lograron llegar a otro país se convirtieron en refugiados.

Mito:

Las epidemias y las plagas son inevitables después de un desastre.

Realidad:

Las epidemias no ocurren espontáneamente después de un desastre y los cadáveres no conllevan epidemias catastróficas de enfermedades exóticas. La clave para prevenirlas es mejorar las condiciones sanitarias y educar al público.

Otra de las razones que causan desplazamientos humanos es la oportunidad de mejorar los ingresos económicos. En la frontera entre México y Estados Unidos, miles de personas se han asenta-

do, porque allí tienen mas posibilidades de elevar sus niveles de ingreso. Otras, buscando mejores oportunidades, arriesgan sus vidas en pequeños barcos que zarpan desde Haití, tratando de cruzar el mar Caribe para llegar a la Florida. Personas que viven en lugares como Bosnia o Albania emigran a Italia o a otro país de Europa occidental, simplemente porque no hay trabajo en sus lugares de origen.

En los últimos diez años, uno de los peores casos de desplazados se registró en la antigua Yugoslavia pues incluyó el movimiento de cinco millones de personas. La religión fue una de las causas principales de los conflictos en esa región: unos eran

católicos, otros pertenecían a la iglesia católica ortodoxa y otros a la musulmana. Esas diferencias ideológicas generaron, además, problemas entre aquéllos que pertenecían a la derecha y los de izquierda, así como competencia por los escasos recursos económicos y los sitios de trabajo. La guerra continúa y cientos de miles de personas han muerto en los últimos diez años debido a los conflictos que estallaron a partir de 1991.

Las situaciones de emergencia por refugiados o por desplazados no ocurre únicamente en países tropicales de África, Asia o América Latina. Algunas veces tenemos que manejar situaciones de refugiados cuando hay nieve y no contamos con refugios apropiados y surgen entonces los mismos problemas de falta de agua potable y epidemias de cólera, como sucedió entre los refugiados kurdos.

Luego de la guerra del golfo pérsico, en la primavera de 1991 miles de ciudadanos iraquíes, especialmente los kurdos, decidieron trasladarse a Turquía a través de difíciles pasos montañosos que dividen los dos países, por ser blanco de los servicios de inteligencia de la dictadura de Saddam Hussein. Se trataba, además, de personas profesionales y cultas, profesores de universidades y de colegios, médicos y abogados, acostumbrados a vivir en casas o apartamentos confortables. En los meses que sucedió el desplazamiento, finales de marzo y principios de abril, el clima era aún invernal, hacía mucho frío en las montañas nevadas y muchas personas murieron debido a las bajas temperaturas.

Es frecuente encontrar grupos de personas que se desplazan inclusive antes de que sucedan las emergencias, las que se denominan migraciones preventivas: muchos judíos se fueron de la Alemania nazi antes de que empezara la verdadera persecución porque sabían de las intenciones de Hitler; personas que se van temporalmente de sus residencias porque se informan a través de los medios de comunicación, principalmente radio y televisión, de la trayectoria de un huracán; personas que abandonan las zonas rurales de los países en busca de mejores oportunidades en las grandes ciudades; campesinos que se ven obligados a huir de sus parcelas por las acciones de la guerrilla, de los paramilitares o del propio ejército del país. Se trata de eventos que actúan como el gatillo disparador de situaciones de desplazados.

Para un epidemiólogo es básico tener muy presentes los factores que influyen en la salud de los refugiados cuando se ven obligados a abandonar sus hogares. ¿De dónde provienen estas personas? ¿Vienen de países o de regiones donde hay hambrunas o donde hay guerras? ¿Se trata de personas pobres o de profesionales que hasta hace

una semana estaban bien alimentadas? ¿Qué tanto ha durado el desplazamiento? ¿Han sido desplazados por un día o ya llevan varios meses en esta situación? ¿Qué tanta fue la distancia que viajaron? ¿Cuál fue la repuesta inicial del país anfitrión?

Algunos países son muy receptivos; Irán, por ejemplo, durante muchos años fue muy generoso al recibir a los refugiados provenientes de Afganistán, debido a la guerra civil y a las guerras que ha sostenido contra la Unión Soviética. Les ofrecieron hogares, refugios, en muchos casos trabajo, y fueron tratados con mucha humanidad. Pero esta es la excepción. Por lo general, los países tratan a los refugiados como si fueran sus enemigos, lo que naturalmente afecta negativamente su estado de salud y las condiciones del medio ambiente.

La planeación en la medicina de desastres

Mi trabajo en el área de la medicina de desastres, que incluye por supuesto los movimientos de desplazados y refugiados, me ha exigido un gran esfuerzo de planeación y preparación, para lo cual ha sido básico un estudio global para identificar las causas particulares de los colapsos sociales, con el fin de minimizar las consecuencias.

Las situaciones varían necesariamente de un lugar a otro y de la información que se recopile en un primer momento dependerán las medidas que se tomen para atender a las poblaciones. ¿Qué tanta agua necesitan? ¿Qué tantos alimentos? ¿Qué tantas calorías para sobrevivir en los meses fríos del invierno? ¿Tenemos que empezar a vacunar inmediatamente y, si hay que hacerlo, contra qué? ¿Cómo podemos hacer buenas encuestas y estudios epidemiológicos de estas poblaciones?

El desastre se define como el resultado de una ruptura ecológica importante de la relación entre los humanos y su medio ambiente, un evento serio y súbito (o lento, como una sequía) de tal magnitud que la comunidad golpeada necesita esfuerzos extraordinarios para hacerle frente, a menudo con ayuda externa o apoyo internacional. Los desastres pueden ser causados por fuerzas naturales (terremotos, erupciones volcánicas, huracanes, inundaciones, incendios, tornados y temperaturas extremas) o generados por la acción del ser humano, entre los que sobresalen las emergencias complejas (aquellas generadas por guerras, agresiones, insurgencia), los desastres industriales o tecnológicos y los desastres como los de transporte, escasez de materiales o deforestación.

Surge entonces el término de emergencias complejas y la necesidad de trabajar en una preparación para este tipo de eventos. Con el tiempo he visto un cambio en la

manera de prepararse para los desastres naturales y la manera de hacerlo para los conflictos civiles como en los casos de El Salvador, Nicaragua, Perú y Colombia, para lo cual la Organización Panamericana de la Salud, OPS, ha desarrollado una buena experiencia.

Debido a que gran parte del trabajo que desarrollo tiene que ver con desastres producidos por problemas políticos, sociales o económicos, en la planeación es necesario estar muy familiarizado con las ciencias políticas y con el estudio de la economía, de tal manera que podamos estar preparados para enfrentar emergencias futuras en sitios que comienzan a presentar síntomas muy tempranos de este tipo de problemas. Organizaciones como la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, la Federación Internacional de la Cruz Roja y el Comité Internacional de la Cruz Roja trabajan actualmente en estadísticas e investigaciones que permitan predecir de alguna forma este tipo de emergencias, con base en los problemas políticos o económicos de los países, o en la presencia de cambios globales en el clima, de tal manera que podamos prepararnos mejor para manejar los desastres. Con frecuencia los estudios buscan responder preguntas como hacia dónde se dirigen los refugiados, por qué se van, cuáles son las épocas del año y las consideraciones de estaciones climáticas para hacerlo.

**Todos los desastres son únicos
ya que cada región afectada
del mundo tiene condiciones
sociales, económicas y basales
de salud diferentes**

Esta labor ha sido producto de la evolución en la atención de desastres: hace 20 años manejábamos con destreza los equipos humanos y técnicos para atender poblaciones afectadas por desastres naturales como los terremotos de Ciudad de México (1985) o de El Salvador (1987), huracanes como el Mitch (1998), y tragedias como la de Armero, en el Tolima, Colombia (1985). Nuestra labor de planeación se centraba en los tipos de asistencia, la ayuda médica y los problemas de salud que ocurrían después de estos desastres naturales y era poca la atención que dirigíamos a los desastres políticos. A partir de la guerra civil de Nicaragua y El Salvador, muchos médicos comenzaron a interesarse y especializarse en medicina de desastres; comenzamos a trabajar en el desarrollo de sistemas de alarmas tempranas de tal manera que pudiéramos hacer intervenciones para el control de lesiones en los estadios más tempranos de lo que se puede denominar como desastres políticos.

Los esfuerzos de planeación realizados para estas emergencias, desde la óptica de la salud pública, han permitido obtener un mayor conocimiento de los problemas que existen en los países de origen de los refugiados. Si se sabe, por ejemplo, que provienen de lugares donde no hay programas de vacunación contra el polio, el sarampión o cualquier otra enfermedad que se pueda prevenir por medio de vacunas, o si provienen de un país donde la malaria, el dengue o el cólera han sido erradicados o nunca han existido, y en su éxodo deben recorrer zonas de alta incidencia de esas enfermedades, ya se tiene un punto de partida para identificar las necesidades más inmediatas.

Otro factor para tener en cuenta en la planeación de la atención de desastres son las creencias y tradiciones respecto a la salud. En la medicina de desastres es importante conocer las creencias sociales, culturales y religiosas de los refugiados, porque ellas pueden tener un impacto muy grande en las tasas de muerte y en las tasas de enfermedades en las poblaciones, especialmente en la infantil. Recuerdo el caso de Afganistán, por ejemplo, donde no se les permite a las mujeres recibir atención médica o de salud de un médico hombre.

Debemos, además, tener muy claro cuáles son las organizaciones sociales más influyentes localmente, quiénes son las personas más importantes o prominentes en la comunidad de desplazados o refugiados, para que convengan a la población de que sus niños sean vacunados, y acepten los medicamentos modernos. Después de la erupción del volcán de Pinatubo, Filipinas, en 1991, que afectó principalmente a la tribu local Aeta, tuvimos muchas dificultades para atender a la población por tratarse de una tribu muy primitiva que vivía en la parte superior de la montaña, y al descender de ella para escaparse de la erupción se negaron rotundamente a permitir que sus niños fueran vacunados contra el sarampión. Como resultado, la mayoría de las muertes que provinieron después de este desastre natural no se debió ni a los gases, ni a la lava, ni a las lavinas de lodo caliente, sino a una epidemia de sarampión. Ochocientos niños murieron a causa de esa enfermedad.

Estoy convencido de que, como especialista en este campo de la medicina de los refugiados, una de mis labores para ayudar en estas situaciones es la planeación, el poder ofrecer eficiente y oportunamente datos vitales relacionados con la salud, antes de que ocurran los movimientos masivos de poblaciones, para minimizar la mortalidad y la morbilidad por causas que pueden prevenirse como enfermedades diarreicas, infecciones del tracto respiratorio superior, y enfermedades producidas por desnutrición en los niños pequeños. Es necesario, además, asegurarse de que se

cuenta con reservas de productos para rehidratación oral y antibióticos, y tomar medidas para organizar todo tipo de cadenas para vacunaciones masivas.

Las situaciones se vuelven aún más complicadas si quienes deben abandonar sus lugares de residencia no se dirigen a refugios sino se mueven de manera rápida y desordenada por el vecindario, por las poblaciones cercanas, emigran hacia todas direcciones. El suministro de servicios de salud pública y atención médica se convierte en todo un reto para los profesionales de la salud, los ministerios de salud, la Cruz Roja y las autoridades humanitarias, más aún cuando sabemos que es posible que se necesite suministrar tres sesiones de vacunas en un período de seis meses y la familia puede estar desplazándose una vez por semana.



FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SALUD DE LOS REFUGIADOS

Características del país de origen de los desplazados (hambrunas, guerras, pobreza)

Duración del desplazamiento

Distancia recorrida por los desplazados desde sus lugares de origen

Respuesta inicial del país anfitrión

Tradiciones y creencias de los desplazados

Condiciones ambientales

Cuando los refugiados se concentran en campos destinados específicamente para atenderlos transitoriamente es entonces más fácil hacer censos, identificar el tipo de población afectada y diseñar la estrategia apropiada para el manejo adecuado de la emergencia. Sin embargo, esto no es garantía del éxito en la intervención, porque no todos los campos están organizados; se dan casos de hacinamiento y exceso de población y, como consecuencia, un aumento en los riesgos de salud, por ser más susceptibles a adquirir enfermedades respiratorias o diarreicas, y promover crímenes o

delitos. Es posible, además, que esta situación dure meses, incluso años. Si se trata, por el contrario, de un campo ordenado, con suficiente agua potable y letrinas en lugares específicos para evitar la evolución de problemas de salud pública, puede presentarse el caso de refugiados que, solucionados sus problemas, permanezcan allí durante años y este campo se convierta en el nacimiento de una población. No estoy muy de acuerdo con la formación de campamentos para desplazados o refugiados, pero si no hay otra alternativa, hay que diseñarlos y montarlos.

Hay tres aspectos de salud pública sobre los cuales es necesario recoger información: las enfermedades transmisibles, el estado de los programas de vacunación y el estado nutricional de la población. Algunas veces en las fases tempranas de una

Mito:

La mejor alternativa es ubicar las víctimas de los desastres en alojamientos temporales.

Realidad:

Esa debe ser la última alternativa. Muchas agencias usan fondos normalmente gastados en carpas, para la compra de material de construcción, herramientas y otros suministros de construcción en el país afectado.

emergencia la situación es tan confusa y tan caótica que es muy difícil hacer un buen censo. De acuerdo con la literatura sobre la medicina de desastres, generalmente el veinte por ciento de las poblaciones de desplazados son niños menores de cinco años, lo que significa una entre cinco personas, y otro veinte por ciento son mujeres entre los quince y los cuarenta y cuatro años, los dos tipos de población que se consideran más afectados por ser los más vulnerables a estados de desnutrición y, por consiguiente, a adquirir enfermedades transmisibles debido a que su sistema inmunológico está totalmente debilitado por el hecho de no haber recibido alimentos.

Las Naciones Unidas, la OMS y la UNICEF han desarrollado manuales sobre la salud de las mujeres en los campos de refugiados, el manejo de las emergencias obstétricas, otras emergencias y la seguridad de las mujeres, prevención del SIDA y métodos anticonceptivos. La medicina de desastres cuenta ahora con equipos completos para las emergencias que no solamente incluyen el material básico.

Nuestro reto es aprender a utilizar la epidemiología, la recolección de datos para tomar decisiones en forma rápida y precisa, y entregarla a quienes toman las decisiones. Esa es nuestra labor como epidemiólogos y para eso se nos entrena en epidemiología de campo.

MEDICINA DE DESASTRES O EPIDEMIOLOGÍA DE LAS EMERGENCIAS

Eric K. Noji

Las estadísticas sobre las enfermedades más comunes en los campos de refugiados son elocuentes y en ellas coinciden la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, ACNUR, los Médicos sin Fronteras, el Comité de Refugiados Americanos y el Comité Internacional de Refugiados, así como algunas de las organizaciones no gubernamentales especializadas en grandes desastres: en la mayoría de las emergencias, el patrón demuestra que hay alta incidencia de desnutrición especialmente entre los niños menores de cinco años, problemas de los tractos respiratorios tanto superior como inferior, neumonías e infecciones, malaria, enfermedades diarreicas y sarampión. Hemos visto epidemias devastadoras causadas por el virus del cólera, *Shigella*, disentería tipo uno, y hemos tenido situaciones en el África de 50 a 70 mil muertes en un período de dos semanas, debido a diarreas bacterianas resistentes a la mayoría de antibióticos utilizados generalmente.

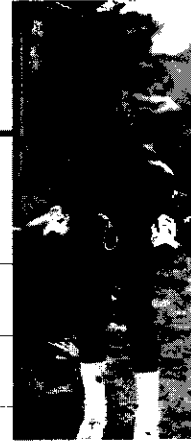
Para el epidemiólogo es importante conocer las estadísticas oficiales de la región de la emergencia con relación a las tasas de cólera, dengue, meningitis, sarampión y polio, porque en estas circunstancias se pueden aumentar. Hay países como India o Bangladesh donde el cólera es endémico, de manera que en ciertas épocas del año es normal tener un aumento de la enfermedad. Mientras se cuente con más antecedentes, será menos difícil determinar las prioridades en las situaciones de desastre.

Desnutrición

Una primera lección que hemos aprendido en las emergencias con refugiados, es-

PATRÓN DE CAUSAS DE MUERTE INFANTIL EN CAMPOS DE REFUGIADOS

ENFERMEDAD	PORCENTAJE (%)
Malaria	25
Desnutrición	23
Diarreas	11
Sarampión	10
Neumonía	9
Otros	22



pecialmente en aquellas que tienen que ver con hambrunas, desnutrición e inanición, es la relación tan estrecha que existe entre las enfermedades transmisibles severas y la desnutrición.

La desnutrición proteico-calórica (Protein-Energy Malnutrition, PEM), implica que los niños pequeños no pueden producir anticuerpos, ni una buena respuesta inmunológica a las enfermedades como diarreas, neumonías o sarampión. Una alimentación poco nutritiva se refiere a aquella que puede contener altos niveles de energía y de calorías, pero poca vitamina A, B, o C. Si carece de niacina o tiene deficiencias de vitamina B, puede producir pelagra, o, si es pobre en tiamina o deficiente en vitamina C, produce escorbuto. La desnutrición aguda tiene formas muy específicas de medirse, por ejemplo, comparando la altura del niño con su peso o midiendo el diámetro de la circunferencia media de sus brazos.

Pero la desnutrición se presenta también en los adultos. En Malawi, África, tuvimos adultos que no recibían suficiente vitamina B y desarrollaron, consecuentemente, enfermedades directamente relacionadas con esta ausencia en el organismo. Éste, así como otros casos similares, nos ha hecho concluir que en el área de la medicina de desastres es necesario formar profesionales en epidemiología nutricional, pues no tenemos suficientes expertos capaces de organizar, desarrollar, coordinar y administrar programas de alimentación, que al mismo tiempo puedan reconocer los síntomas de las enfermedades causadas por deficiencia de micronutrientes.

Enfermedades diarreicas

Las enfermedades diarreicas producen las tasas más altas de morbilidad, así como de mortalidad, en los casos de refugiados.

La práctica la medicina en un campo de refugiados es muy diferente a la que se puede adelantar en modernos y sofisticados hospitales. En ocasiones, los médicos voluntarios de países desarrollados que aterrizan en regiones con emergencias jamás en su vida han practicado la medicina fuera de sus lugares de origen y pretenden tratar todos los casos de niños con diarrea por medio de la administración de líquidos intravenosos. Es muy probable que en pocas horas se les agoten estos líquidos de administración intravenosa, así como las agujas, las botellas y las sondas. **En situaciones de desastre, la mayoría de los casos de diarreas infantiles pueden ser tratados fácilmente y en forma muy efectiva con terapia de rehidratación oral**, lo que se convierte en una excelente alternativa aún para enfermedades con altas tasas de letalidad como el cólera. Es posible tratar el 90% de los casos de cólera sin antibióticos y, por supuesto si se hace en forma rápida y efectiva, con una terapia a base de líquidos orales, se puede evitar la mortalidad.

Las cinco enfermedades más importantes en los campos de refugiados son sarampión, desnutrición severa, malaria, enfermedades por infecciones del tracto respiratorio superior e inferior (neumonía por neumococo) y enfermedades diarreicas

De acuerdo con información estadística recogida en los últimos quince años sobre enfermedades diarreicas en las poblaciones de desplazados en Sudán, Somalia, Mozambique, Malawi, Etiopía, Kenia, Honduras, algunos países de Suramérica, Irak del Norte y Turquía, entre el 25 y el 70% de las muertes se debieron a deshidratación, a choque hipovolémico y a distintas enfermedades diarreicas virales y bacterianas, algunas de ellas incontrolables, como la disentería por *Shigella* tipo uno, que en mi opinión mató a más refugiados en Zaire que el mismo cólera, debido a la altísima resistencia desarrollada hacia todas las drogas que estaban a nuestro alcance. Esta situación nos obligó a administrar antibióticos sumamente costosos y otros de reciente desarrollo en Europa; fue la única manera para combatir en forma efectiva la disentería por *Shigella*. Hoy en día se presentan problemas similares en Ruanda, Burundí, Tanzania, Málaga, Angola y Zaire, países que están en el más alto riesgo de protagonizar las emergencias humanitarias complejas.

Otra enfermedad diarreica importante es el cólera, cuyas epidemias son muy comunes en el África, especialmente durante la estación de lluvias. Quizá hace unos diez o quince años, cuando la incidencia de esta enfermedad bajó notablemente en el hemisferio occidental, nos volvimos demasiado flexibles en atender los casos. Para nuestra sorpresa, entre 1991 y 1993, se presentó una epidemia en el Perú, que llegó hasta Centroamérica e incluso a México y se convirtió en un problema muy grave, de tal manera que tuvimos que volver los ojos nuevamente hacia esta enfermedad. El cólera puede ser un problema, tanto en las crisis de refugiados como en las crisis producidas por desastres naturales.

Tuve a mi cargo la unidad de cólera en un campo de refugiados de Sierra Leona, África. Lo primero que hice cuando llegué fue separar a los afectados por esta enfermedad del resto de los refugiados, construir tiendas especiales para ellos y organizar lugares específicos para defecar, pues hasta ese momento lo hacían en cualquier lugar. Se adaptaron unas camas con un agujero y colocamos debajo un balde, de tal manera que los pacientes tenían que defecar en ellos y así podíamos medir la cantidad de fluido perdido para poder decidir cómo proceder. Las diarreas infectadas con vibrio-cólera las enterrábamos debajo de la tierra, en un lugar lejano al sitio donde permanecían las personas, y marcábamos con algún tipo de señal los sitios contaminados.

Y aunque es un tema muy controvertido, yo creo que algunas de las nuevas vacunas contra el cólera que están siendo investigadas van a jugar un papel importante en el control de las epidemias y en los tratamientos. La que tenemos disponible actualmente no ha demostrado ser útil en los campos de refugiados.

El control de las enfermedades diarreicas es un elemento esencial que puede realizarse utilizando simplemente agua limpia y una higiene adecuada, sin necesidad de atención médica especializada, ni drogas costosas. Para la rehidratación oral, por medio de la disolución de sales hidratantes en agua esterilizada, es importante tener recipientes y otros implementos perfectamente limpios. En ocasiones establecemos unidades especiales en las esquinas de las edificaciones para que las madres puedan administrarle los líquidos de rehidratación a los niños infectados con cólera. En estos casos es además muy importante mantener buenos registros e información sobre el consumo y la salida de los líquidos, para poder medir la cantidad que puede estar perdiendo el paciente.

Como lo dije anteriormente, si se examinan algunos de los desastres ocurridos entre 1985 y 1993, entre el 25 y el 70 por ciento de las muertes en los campos de

refugiados se debieron a una deshidratación severa, causada por enfermedades diarreicas. Es evidente que habríamos podido salvar la gran mayoría de esas vidas perdidas, si hubiéramos utilizado métodos de rehidratación oral no tan sofisticados y de más fácil aplicación.

En algunos campos de refugiados en Suazilandia y Angola, hemos tenido brotes de *Escherichia coli* 0157, lo cual se convirtió en la mayor causa de muerte en esos casos.

Las infecciones de tracto respiratorio

Las infecciones de tracto respiratorio superior e inferior pueden comenzar entre los niños con un dolor de garganta o con rinorrea. El peligro empieza cuando las infecciones del tracto respiratorio superior descienden hacia los pulmones y se desarrollan neumonías. En mi experiencia, he visto morir muchos niños por sepsis por neumococo que comenzó como una infección sencilla del tracto superior.

En enero de 1995, luego del terremoto en el Japón, en un par de semanas solamente tuvimos una epidemia de gripa especialmente entre los ancianos, causada principalmente por el hacinamiento en el que debieron vivir durante casi tres meses. Cuando hay poca privacidad se corre un altísimo riesgo de desarrollar epidemias e infecciones del tracto respiratorio como neumonía, influenza o gripa. En esta ocasión, las infecciones del tracto respiratorio superior fueron la causa número uno de enfermedad, seguida por lesiones, hipertensión en los adultos y enfermedades diarreicas en los niños.

Sarampión

En Colombia, y quizá en toda la población del hemisferio occidental, el polio ya no es un problema porque ha sido verdaderamente erradicado y el sarampión se ha reducido notablemente; por el contrario, la incidencia del sarampión en otras partes del mundo ha aumentado y continúa siendo un problema: muchos niños no han sido inmunizados ni contra el sarampión, ni contra el polio, ni contra el tétanos.

Aunque sea difícil de creer, hay médicos que nunca han visto un caso de sarampión y, por tanto, no pueden reconocer la erupción que se manifiesta en la piel. Esta enfermedad puede matar a los niños y por eso es necesario tomar medidas inmediatas. Un niño desnutrido que vive en un campo de refugiados con sarampión tiene cinco veces más riesgo de morir de neumonía y de enfermedades diarreicas que un niño que no lo tiene.

En un buen número de emergencias el sarampión se ha consolidado como la mayor causa de muerte entre la población, pero en el último año hemos visto una mejoría gracias a los programas masivos de inmunización. En medicina de desastres lo primero que hay que hacer es inmunizar a los niños menores de cinco años contra el sarampión, más aún si se tienen sospechas de que no hayan sido vacunados previamente. En el momento del registro puede ser la ocasión de hacerlo.

En todos los centros de vacunación y distribución de alimentos que hemos establecido en los lugares donde tenemos desplazados, invitamos a la población a que vacune a los niños. Esta se convierte además en una excelente oportunidad para recolectar más información epidemiológica: uno puede entrevistar a los padres, pesar y medir a los niños, y comenzar a hacer un estudio epidemiológico.

En medicina de desastres lo primero que hay que hacer es inmunizar a los niños menores de cinco años contra el sarampión

En los primeros días de las situaciones de desastre no aconsejamos el suministro de las vacunas del Programa Ampliado de Inmunizaciones, PAI, (polio, difteria, pertusis, tétano y tuberculosis, entre otras). De acuerdo con nuestra experiencia, el asesino más importante durante las primeras semanas es el sarampión y, por tanto, el resto de vacunas del PAI sólo deben administrarse si no interfieren con el objetivo principal que será la lucha contra el sarampión.

Es tal la amenaza de esta erupción que incluso se debe continuar vacunando aún en presencia de casos en la población; nunca será demasiado tarde para inmunizar la población contra el sarampión.

Malaria

La malaria ha sido históricamente causa de morbilidad y mortalidad en poblaciones de desplazados y refugiados, principalmente en las áreas donde se trata de una enfermedad endémica. En los últimos años tuvimos un problema muy grave en África central, con los refugiados que pasaban de las montañas de Burundí y de Ruanda a los valles cerca del lago Tanganyika pues se trataba de personas que estaban acostumbradas a vivir en alturas donde no había mosquitos. Cuando la guerra los obligó a trasladarse hacia sitios húmedos y de altas temperaturas, los mosquitos se encargaron de infectarlos con el tipo de *Plasmodium* resistente a todos los medicamentos contra la enfermedad. En la población infantil menor de cinco años de los campos de

refugiados de Malawi, la malaria produjo un 25% de las muertes. Infortunadamente, en todas estas crisis de refugiados la malaria era causada por *Plasmodium falciparum* resistente a la cloroquina y que en la actualidad se está volviendo resistente a otros agentes que se utilizan comúnmente en su tratamiento.

Para el tratamiento de la malaria en esta región del planeta, y en vista de que un buen porcentaje de esos niños estaba anémico, se les hizo transfusión de sangre. Se trata de áreas muy apartadas de la selva profunda, lejos de los hospitales y de todos los centros de salud, por lo cual es muy difícil asegurar que la sangre esté libre de cualquier virus, y me temo mucho que hayan sido contaminados con hepatitis o con VIH.

Otras afecciones

A pesar de que la malaria, el sarampión, la desnutrición, las infecciones del tracto respiratorio superior y las enfermedades diarreicas son las principales enfermedades que se presentan en las emergencias de refugiados, muchas veces la causa de la crisis es una guerra civil y los problemas de salud cambian. El peor desastre que me ha tocado vivir fue en Sierra Leona, donde si los rebeldes creían o tenían sospechas de que alguien simpatizaba con el gobierno, les amputaban los dedos, las manos o los pies; no los mataban pero los atormentaban y los mutilaban. En esos casos el problema de intervención médica más importante es quirúrgico.

El hacinamiento es un factor primordial que conlleva el aumento de los riesgos de salud en campos de refugiados.

Sarajevo, la capital de Bosnia-Herzegovina y sede en 1984 de los juegos olímpicos de invierno, diez años más tarde estaba virtualmente destruida por la guerra civil. Se trataba de una población que anteriormente tenía problemas de obesidad por consumir altas dosis de colesterol y grasas, por lo cual tenían una gran incidencia de presión arterial alta, enfermedades de las arterias coronarias, enfermedades de las arterias cerebrales, accidentes cerebrovasculares, infartos del miocardio y ataques cardíacos, de tal manera que los pacientes con enfermedades cardiovasculares que no estaban siendo tratados porque las autoridades no podían obtener los medicamentos, comenzaron a desarrollar complicaciones en ojos y riñones, entre otros. Es muy frecuente entonces que, en situaciones de

hacinamiento, los ancianos desarrollen además enfermedades cardíacas severas, insuficiencia cardíaca congestiva, presión arterial alta, accidentes cerebrovasculares, y algunos de los problemas médicos que provienen de la ausencia de tratamiento de su diabetes.

Pero se nos olvida la mujer. Se trata de uno de los problemas que tenemos más descuidados en la epidemiología de las emergencias. Es necesario atender sus problemas ginecológicos, infecciones del tracto uterino, control de natalidad, problemas del embarazo y controles para asegurar bebés saludables. Se trata de la atención materno-infantil que en los últimos años ha despertado gran interés entre los médicos que practican la medicina de desastres. Con frecuencia, cuando viajamos a atender una emergencia, entre el equipo de médicos, además de cirujanos y epidemiólogos, contamos con expertos en problemas de salud de las mujeres. En cooperación con el Ministerio de Salud de Sierra Leona desarrollamos una investigación de mortalidad materna en la población de Bo, con el objetivo de reducir la alta tasa de mortalidad registrada entre las mujeres de 15 a 42 años de edad.



PRINCIPALES PROBLEMAS DE LAS POBLACIONES DE REFUGIADOS

Aumento en la incidencia de enfermedades transmisibles en la población infantil

Alta incidencia de enfermedades poco comunes por deficiencias nutricionales

Alta prevalencia de malnutrición aguda

Aumento en la relación entre los muertos y los lesionados

Altos niveles de mortalidad

¿Cómo prepararse para enfrentar una emergencia?

¿Cómo podemos controlar la epidemia en las situaciones de refugiados? ¿Cómo podemos suministrarles agua, servicios sanitarios, atención de salud a niños y mujeres? ¿Cómo podemos evitar epidemias y lesiones? ¿Cómo podemos implementar medidas de control de enfermedades apropiadas tales como, por ejemplo, programas de vacunas?



PRIORIDADES EN UNA EMERGENCIA

Refugio

Agua limpia (para el consumo y para la limpieza)

Alimentos

Control de las enfermedades contagiosas

Vacunación

¿La necesidad básica para determinada emergencia es el alimento, el refugio, el agua, los medicamentos, y la atención médico quirúrgica, o, es la atención a las madres y sus hijos? Esa información la debe suministrar el epidemiólogo de campo.

La higiene

Las prioridades de salud pública y epidemiología para las emergencias son: suministro de cantidades básicas de agua a las víctimas, veinte litros por persona al día; centros de tratamiento de atención primaria, básica para las mujeres y los niños; instalaciones sanitarias adecuadas y un mínimo de condiciones de vivienda. Todas ellas tienen que ver con la higiene.

Es necesario medir la contaminación de la fuente de agua identificada para suministrar a los afectados. Generalmente, las aguas superficiales tienen más riesgo de contaminación. En el campo de refugiados que se asentó frente a la embajada de Estados Unidos en Monrovia, capital de Liberia, África, el suministro de agua que podíamos utilizar se ubicaba en la parte inferior de una colina y desafortunadamente

era justamente en esa colina donde los desplazados botaban las basuras y defecaban. Por supuesto que esta situación, en medio de la estación de lluvias, hacía que el agua deslizará todos estos elementos contaminantes hacia abajo y llegara justo a la fuente de agua consumible. No era para sorprenderse entonces que la población estuviera en un altísimo riesgo de contraer enfermedades diarreicas, lo que lógicamente ocurrió: tuvimos una epidemia de cólera con consecuencias fatales.

Por esa razón, es preferible obtener el agua de los pozos de aguas profundas, pues son más limpias que las de los lagos o de los ríos. Sin embargo, al comienzo de un desastre la cantidad es más importante que la calidad, porque la deshidratación produce muchas muertes, incluso antes que se presenten las infecciones; sólo después de asegurar una abundante fuente de agua es necesario empezar a preocuparse por la calidad, por su pureza microbiológica y por los posibles residuos de cloro que contenga.

Las organizaciones de apoyo a las emergencias suministran bombas de agua de acero inoxidable, livianas y fáciles de manejar en este tipo de situaciones, para garantizar la posibilidad de extraer agua de fuentes profundas en los campos de refugiados.

Es necesario prestarle mucha atención también a los recipientes en los cuales se transporta o se almacena el líquido. En ocasiones los baldes que se utilizan están sucios o se trata de recipientes que originalmente han contenido aceite, petróleo o combustibles, y, si realizamos esfuerzos para tener agua limpia y no contaminada, pero la vertimos en esos recipientes, no estamos solucionando ningún problema. De manera que, no solamente tenemos que preocuparnos por el origen del agua, sino además por el estado de los recipientes en que se transporta.

Los epidemiólogos debemos trabajar estrechamente con los laboratorios para poder hacer las pruebas necesarias que diagnostiquen las enfermedades infecciosas y los factores de riesgo. Donde sea necesario suministrar grandes cantidades de agua, lo que impide hervirla, deberá ser tratada por medio de cloro, elemento que mata bacterias y otros microorganismos. Para esta labor también es recomendable tener vínculos con los laboratorios para poder medir permanentemente las concentraciones de cloro en el agua que se está consumiendo.

El lugar donde se suministra el agua y los alimentos debe estar suficientemente alejado del sitio de deposición de excrementos y basuras. Las Naciones Unidas y la

UNICEF han elaborado pautas especiales en cuanto a especificaciones sobre las distancias deseables que deben aislar uno de otro.

Una vez se ha separado el área de defecación del lugar donde se suministran el agua y los alimentos, es el momento de conseguir la asistencia de un ingeniero experto en disposición de heces. Para lograr una adecuada higiene en las emergencias, las letrinas son una primera opción en aquellos casos donde hay altas densidades de población. Superada la emergencia, se puede atender la posibilidad de construir sistemas más sofisticados de letrinas que permitan la privacidad, o incluso separar las de las mujeres de las de los hombres.

Es necesario proteger los alimentos contra una posible contaminación y vigilar el almacenamiento y la distribución de los mismos, a través de acciones sencillas como evitar una prolongada exposición al aire libre y bajo los rayos del sol de la comida que se tenga dispuesta como alimento del día, lo cual previene la contaminación por estafilococos, así como asegurarse que la persona encargada de distribuir las raciones de comida se haya lavado muy bien sus manos antes de servirla.

Debo reconocer que en las situaciones de desastres se han cometido muchos errores en los últimos 30 años, debido a almacenamientos inadecuados de alimentos. Sin embargo, creo que hemos aprendido tanto de esas experiencias que ahora ya no representa ningún problema. La FAO, una de las agencias de las Naciones Unidas encargada de investigar, diseñar y adelantar programas masivos de alimentos, ha desarrollado distintos tipos de comidas que no representan ningún peligro para las víctimas de los desastres.

Por lo general, los militares tienen la mayor cantidad de expertos y equipos, y una organización logística muy bien montada para poder llevar alimentos, agua y otros suministros a los campos de refugiados. Entre sus responsabilidades está, además, enseñar a cubrir los tanques de agua y sitios de almacenamiento del líquido en gene-

La prioridad en una migración o en una emergencia de refugiados es ofrecerles agua limpia y potable y separar completamente las áreas en donde las personas defecan del área en donde están las fuentes de agua y los suministros de alimentos

ral, para evitar el riesgo de contaminación y de que se conviertan en criaderos de vectores de enfermedades virales y bacterianas.

De acuerdo con mi experiencia en situaciones de desastres, la ayuda militar se ha incrementado en un 500% en los últimos dos años. Esta situación responde al énfasis dado recientemente a la capacitación de los militares para atender las emergencias, que involucra no solamente la seguridad en los campos de refugiados, sino también la atención médica y el suministro de alimentos, así como su apoyo en la construcción de los refugios para los afectados. De tal manera que el estamento militar generalmente juega un papel muy importante en situaciones de desastre.

La labor del epidemiólogo como respuesta a las emergencias por desastres debe centrarse entonces en ofrecer una nutrición balanceada, asegurar una higiene adecuada y una buena salud pública, lo cual implica recolectar datos pertinentes y adelantarse estudios epidemiológicos confiables y fundamentados para la acción. Se puede contar con los mejores hospitales, los mejores médicos, las mejores cirugías pero, si no se atienden los problemas básicos de salud pública, sanidad y nutrición, de nada servirán los equipos más sofisticados. La causa más importante de muertes en los campos de refugiados radica en las fallas que se presentan en los sistemas de agua, la falta de higiene y de inmunización oportuna, y los alimentos sin ningún balance nutritivo.

Letalidad

La letalidad es un término epidemiológico que se define como el porcentaje de personas con una enfermedad dada y el número de muertes que ella conlleva (significa que si uno tiene por ejemplo 100 personas que desarrollan cólera y 50 de ellas mueren, la letalidad es del 50%). Se trata de una estadística muy importante que utilizamos en la epidemiología de desastres porque, cuando estamos atendiendo a miles de personas que viven en los campos de refugiados, tenemos que tratar de establecer algunas metas. Una de ellas es la tasa de letalidad por cólera, una situación muy común en los desplazados, y generalmente buscamos una relación de un 3%, lo cual, en un hospital moderno sería una tragedia.

Otra meta es reducir las tasas de mortalidad a menos de una entre diez mil personas por día, de acuerdo con estadísticas de la ACNUR, los Médicos sin Fronteras y algunas otras agencias no gubernamentales. En los campos de refugiados es necesario recoger esa información estadística todos los días, para saber si efectivamente la situación de emergencia disminuye o si, por el contrario, empeora.

Pero las estadísticas son complejas y es necesario aprender a interpretarlas. Es muy difícil, por ejemplo, reconocer la importancia de cinco casos de meningitis en un campo de refugiados *versus* diez casos en otro campo, si uno no sabe cuál es el total de la población que está en riesgo; si se trata de cinco casos de meningitis en una población de un millón de personas, no es tan grave como dos casos de la enfermedad en una población de diez mil habitantes. **Es importante entonces tener denominadores**, lo que significa la población en riesgo de adquirir una enfermedad. El problema es que rara vez es factible lograr esas estadísticas a tiempo.

La capacitación

En situaciones de emergencia, una de las labores más importantes es entrenar a los voluntarios, quienes por lo general no son médicos, ni enfermeras. Las necesidades pueden ser tan grandes, que inclusive esas mismas personas deban ofrecer atención médica, a pesar de no tener experiencia en el tratamiento de enfermedades diarreicas o en resolver problemas de salud. Es necesario también capacitar a las madres en cuanto a la lactancia y a la nutrición apropiada, para asegurarse de que los niños estén consumiendo suficiente proteína, que proviene de alimentos tales como frijoles, energía que se encuentra en los aceites vegetales, y suficiente de los que llamamos "alimentos estables", como son maíz, arroz y trigo.

Aunque suene obvio, es necesario insistir durante la capacitación en el lavado permanente de las manos con agua limpia, el lavado, así mismo, de los baldes y recipientes donde se transporta el agua y la conscientización para que la disposición de excretas se haga en sitios específicos para ello. Todas estas prácticas son parte muy importante en la preparación para combatir las enfermedades diarreicas en los campos de refugiados.

Es necesario enseñarle a los voluntarios y a la población desplazada a identificar los signos y síntomas de las infecciones en el tracto respiratorio superior. Nosotros dedicamos mucho tiempo a capacitar a las madres y a los miembros de las familias para que reconozcan los signos tempranos de las infecciones respiratorias agudas, lo cual hace parte de programas masivos de la UNICEF y de la OMS, llamados "Manejo integrado de niños enfermos". A través de ellos se enseña a los padres y hermanos a reconocer los síntomas que presenta un niño cuando está en riesgo de desarrollar una neumonía; por lo general, son: dolor de garganta, nariz tapada, dolor de oído, pus en los oídos (otitis media), dificultades para respirar o respiraciones demasiado rápidas. Cuando estas manifestaciones se presentan, afectan la garganta, las cuerdas vocales, las vías aéreas pulmonares y producen inflamación de la epiglotis, lo cual

genera asfixia en los niños. A las madres les enseñamos también a observar a sus hijos, a escuchar y contar las respiraciones por minuto, a buscar síntomas de problemas respiratorios, a identificar convulsiones.

Para el manejo y la evaluación de las emergencias tenemos en cuenta la poca disponibilidad de personal especializado. Supónganse ustedes que en un campo de refugiados hay diez mil personas y únicamente dos médicos y cinco enfermeras. Es indudable que se necesita la ayuda de voluntarios a quienes es necesario capacitar en la importancia de saber hacer preguntas a los desplazados: ¿Cuántos años tiene el niño? ¿Ha tenido tos? ¿Desde hace cuánto está tosiendo? ¿Puede el niño beber por sí solo? ¿Ha tenido fiebre? ¿Lo está alimentando la madre? ¿Ha tenido convulsiones?

En los centros de encuestas aprovechamos para pesar, medir y evaluar a los niños, y comparar los resultados con la curva normal o global que la Organización Mundial de la Salud ha declarado como estándar para niños por debajo de los cinco años. Si la relación peso corporal y altura está uno o dos puntos por debajo de la curva, lo que nosotros llamamos una o dos desviaciones estándar, podemos diagnosticar desnutrición moderada o severa.

La construcción de los campos de refugiados

Estos campos deben ser diseñados de tal manera que sean apropiados científicamente para la recepción de los desplazados. Hoy en día existen expertos en el diseño y la construcción de este tipo de campos que tienen en cuenta los espacios, la ventilación, la iluminación, la ubicación de las fuentes de agua, la adecuada deposición de los excrementos, e incluso la seguridad contra delitos y crímenes. Los campos deben establecerse en sitios abiertos, con buenos sistemas de drenaje. En ocasiones se adecuan lugares ya construidos como un campo deportivo o una escuela, lo cual garantiza desde un principio un techo y temperaturas adecuadas para los refugiados.

En la tragedia del terremoto en Japón, en 1995, que mató a siete mil personas y más o menos medio millón perdió sus casas, una de nuestras mayores preocupaciones consistió en encontrar sitios para alojar a los damnificados. El gobierno los ubicó en un gimnasio de un colegio pero las condiciones de verdadero hacinamiento hicieron que a las dos semanas tuviéramos una epidemia de influenza, lo cual se agravó por el hecho de que Japón tiene el porcentaje más alto de personas mayores de 75 años de edad.

Los campos de refugiados corren el riesgo de convertirse en lugar de refugio permanente. Es el caso de algunos de ellos en los cuales, al cabo de los años, se empiezan

a construir tiendas, supermercados, escuelas, salas de cine, hasta convertirse en una nueva ciudad.

En otros casos, como por ejemplo en Armenia (antigua Unión Soviética), diez años después del terremoto los damnificados aún vivían en unos grandes tubos de metal sumamente incómodos y fríos, a pesar de que las autoridades les habían dicho que se trataba de una solución temporal.

Para resumir, las prioridades de un epidemiólogo de emergencias son: el suministro de agua tanto en términos de cantidad, como de calidad; higiene básica en cuanto al lavado de las manos y a la deposición de excrementos; separación de los sitios donde se depositan los excrementos de donde están las fuentes de agua; refugios; protección de los alimentos; la promoción de la higiene personal y la capacitación.



SISTEMAS DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA, EN CASOS DE DESPLAZAMIENTO FORZADO

Eric K. Noji

Vigilancia en Salud Pública

La Vigilancia en Salud Pública, VSP, es la recolección sistemática, el análisis y la interpretación de datos sobre eventos específicos de salud en una población determinada. En el caso de una emergencia, la primera responsabilidad que tienen los epidemiólogos como expertos en salud pública es llevar a cabo la llamada "evaluación epidemiológica rápida", definida como la recolección de información objetiva y subjetiva, en un límite de tiempo (por lo general, se trata de una labor que necesita ejecutarse en días, quizá en horas), realizada en las etapas agudas (de mayor crisis), que requiere de una acción inmediata para responder a las necesidades básicas de las poblaciones afectadas.

Generalmente, las prioridades para solucionar en un primer momento se refieren a refugio, agua limpia, alimento, control de enfermedades transmisibles, vacunación, sistemas apropiados de deposición de excretas y evaluación del estado nutricional de los afectados. Sin embargo, la identificación de los problemas más graves en cada situación sólo se logra al realizar una evaluación epidemiológica rápida y eficiente, utilizando métodos sencillos de recolección de información.

Los resultados de esa primera evaluación epidemiológica rápida se convierten en la mejor herramienta para las personas encargadas de controlar y administrar los recursos que, por lo general, pertenecen al Ministerio de Salud, la Defensa Civil, el

estamento militar, entre otras autoridades. Son ellas las que tienen la responsabilidad de tomar las decisiones en cuanto a entrega de dinero, alimentos, medicamentos y de definir los programas de vacunación.

OBJETIVOS DE UNA EVALUACIÓN RÁPIDA



1. Medir la magnitud y la extensión de la emergencia
2. Determinar las necesidades del momento y entre ellas las prioridades
3. Evaluar la pertinencia de los recursos disponibles
4. Planear una respuesta epidemiológica apropiada

El primer objetivo de la evaluación rápida es determinar la magnitud y la extensión del desastre; en un terremoto puede realizarse sobrevolando la zona en helicóptero o avioneta, lo que da una primera idea de la cantidad de destrucción, las construcciones afectadas y las pérdidas humanas. Como resultado, se determinan las necesidades más inmediatas y entre ellas, las prioridades. Se verifica si los recursos disponibles son los adecuados; es posible que se encuentre que hay agua suficiente, pero que ésta proviene de una fuente contaminada; o tal vez la evaluación rápida demuestre que la situación no es tan grave como la están presentando los medios de comunicación y que los recursos médicos de que dispone la zona son suficientes. Una vez determinadas estas necesidades, el epidemiólogo deberá planear una respuesta apropiada para la emergencia específica.

Los puntos críticos que enfrenta el epidemiólogo cuando tiene el reto de hacer una evaluación rápida son:

1. Una evaluación rápida, en inglés llamada *quick and dirty*, por lo general es imprecisa pues utiliza las técnicas más sencillas de recolección de datos.
2. Al hacer este primer acercamiento, es necesario tener en cuenta que se trata de

obtener resultados que serán la base para tomar decisiones. De una buena evaluación, dependerá la eficiencia de las decisiones. Los cuestionarios deben tener únicamente las preguntas que sean relevantes para la toma de decisiones inmediatas: no es importante preguntar por el grado de educación de los miembros de la familia, ni el área del apartamento donde vivían; si bien son preguntas claves desde el punto de vista socioeconómico, útiles para el momento en el que se haya calmado la emergencia, no se trata de preguntas vitales para la evaluación rápida. Es prioritario saber las necesidades de agua, de alimentos, de medicamentos, de inmunización, de posible desnutrición de la población vulnerable más afectada (niños, mujeres embarazadas y ancianos).

3. Las conclusiones de la evaluación serán utilizadas para determinar los programas que necesitan atenderse con prioridad.
4. Credibilidad y suficiente autoridad para que el epidemiólogo pueda hacer su labor. Es posible que sea necesario desplazarse por un área bloqueada por militares o por la policía, para lo cual se requieren salvoconductos de las entidades oficiales nacionales. En ocasiones, se trata de poblaciones vulnerables que pueden estar al otro lado de un río y no hay ni lanchas, ni puentes para acceder al lugar donde se encuentran; o pueden estar en medio de una zona controlada por rebeldes. En estos casos, es indispensable demostrar credibilidad científica, para convencer a las autoridades de la idoneidad del trabajo que se está realizando, que las intenciones y los objetivos son prácticos y humanitarios, lo cual permitirá obtener autorización política para poder acceder a donde están los refugiados.
5. Todas las encuestas epidemiológicas y las investigaciones que se adelanten deben centralizarse en una sola agencia para evitar la duplicación de esfuerzos, la intolerancia de las poblaciones afectadas por el sinnúmero de preguntas que deben responder a diferentes entidades y para garantizar que se realicen en la misma área geográfica seleccionada.
6. Planeación cuidadosa y coordinada con las organizaciones de apoyo presentes en la zona del desastre, que pueden ser la OPS, el Ministerio de Salud, el INS, la Cruz Roja, la UNICEF, los Médicos sin Fronteras. En algunos casos, es extremadamente útil hacer una reunión de evaluación entre las agencias de las Naciones Unidas, las organizaciones gubernamentales y las no gubernamentales al terminar el día, donde cada una de ellas rinda informes cortos y directos de las actividades realizadas durante esa jornada, de tal manera que todos queden enterados de las acciones de los demás. Esa buena comunicación conduce a una mejor coordinación y muy poca o casi nula duplicación de esfuerzos.
7. Integración con otras evaluaciones sectoriales. Generalmente, cuando el cuerpo médico piensa en términos de encuestas o de evaluaciones rápidas, lo hace úni-

camente para detectar enfermedades y los problemas de salud, pero en una situación de desastres, uno tiene que trabajar estrechamente con otros sectores del gobierno que también necesitan hacer encuestas para diseñar programas de sistemas de vías, de comunicación, de suministro de alimentos y de producción de la agricultura, entre otros.

8. Los programas esenciales no necesitan de los resultados de las primeras encuestas. Es el caso de África, donde de antemano se sabe cuáles son las poblaciones que no han sido vacunadas contra el sarampión, por ejemplo. No es necesario entonces esperar los resultados de las encuestas para adelantar una vacunación masiva en la población infantil, que debe ser complementada con vitamina A, por la estrecha relación que existe entre el sarampión y la deficiencia de esta vitamina en el organismo.

NECESIDADES PREVIAS A LA EVALUACIÓN

Organismo líder y persona responsable

Conformación de grupo de trabajo

Transporte, combustible, mapas, radios

Comunicaciones

Autorización de movilización

Verificación de la seguridad de la zona



Quienes formen el grupo de trabajo deben ser personas que tengan la destreza, el conocimiento y la habilidad requeridos para hacer este tipo de evaluaciones: que se desenvuelvan fácilmente al hacer las encuestas, ágiles en la tarea de diligenciar los cuestionarios, con criterio para hacer las preguntas apropiadas y que tengan algún conocimiento en bioestadística, así como conocimientos básicos de epidemiología. Además, lo integrarán epidemiólogos, expertos en logística y en comunicaciones, un ingeniero de aguas, enfermeras y médicos, principalmente. Es necesario también verificar que se tengan disponibles medios de transporte, combustible, mapas de la zona, radios y medios de comunicación que permitan mantener contacto permanen-

te entre el sitio del desastre y los centros urbanos más próximos, para el flujo adecuado y eficiente de la información en cuanto a necesidades.

Diferentes tipos de evaluaciones

Algunas evaluaciones epidemiológicas se realizan inclusive antes de que ocurran los desastres. Las llevan a cabo quienes trabajan en la oficina de emergencias de la OPS, por ejemplo, y consisten en la preparación para enfrentar desastres futuros o para detectar posibilidades de que ocurra una emergencia. Es un trabajo coordinado entre epidemiólogos y geólogos, sismólogos, vulcanólogos y expertos en huracanes, politólogos y sociólogos, entre otros especialistas. Las encuestas tienden a averiguar si la zona tiene hospitales y cuál es su estado para atender una emergencia desde el punto de vista de recursos económicos, como de capacitación del capital humano para enfrentar el posible desastre, la evacuación de pacientes o la transferencia de pacientes de un hospital a otro, si hay buena comunicación entre los servicios de ambulancias y los hospitales o los médicos, y si las entidades gubernamentales tienen en existencia suficiente cantidad de antibióticos y de vacunas.

Una vez ocurrida la emergencia, independientemente del tipo de desastre, se adelanta la evaluación rápida y no muy precisa (*quick and dirty*). El epidemiólogo tiene la responsabilidad de obtener la mayor cantidad posible de información y que ésta sea confiable, pues de ella dependen las decisiones que tomen los gobiernos y las entidades encargadas. Esta circunstancia puede producir ansiedad y tensiones provenientes de quienes toman las decisiones, de los medios de comunicación o de las mismas víctimas, por lo cual se necesita de mucha experiencia para mantener la calma.

Uno de los métodos que hemos utilizado para estas evaluaciones rápidas fue desarrollado originalmente hace 30 años. Se trata de una técnica llamada **muestreo por conglomerados**, que se basa en encuestas a pequeños grupos de personas, cuya metodología y métodos epidemiológicos de estadística permiten su aplicación para diferentes fines: para examinar el cubrimiento de inmunización, para medir el impacto de un terremoto en las vidas humanas, para evaluar la desnutrición y la hambruna entre los niños afectados por el desastre. Este tipo de evaluación demuestra algunos de los problemas potenciales más importantes que pueden tener las comunidades como la posibilidad de que haya una epidemia de enfermedades diarreicas, sarampión o meningitis, o el potencial de una desnutrición severa.

Luego se hace la llamada evaluación a corto plazo, en la cual se utilizan sistemas aleatorios más sofisticados y técnicas estadísticas como el muestreo estratificado o

sistemático. Se trata de encuestas mucho más especializadas que pueden atender a un solo tema, como la inmunización o la incidencia específica de diarreas acuosas, malaria, dengue o meningitis en los campos de refugiados. Se selecciona al azar un número determinado de áreas geográficas (poblaciones o barrios, por ejemplo) y, en ellas, otro número de hogares consecutivos (casas o carpas), lo cual permite hacer un muestreo aleatorio de pequeños grupos independientemente del tamaño de la zona de desastre.

Finalmente, el monitoreo y la vigilancia permanente de la recolección de datos es una labor que realizan los epidemiólogos y que puede durar semanas, meses y hasta años después de sucedida la emergencia. Se trata de recoger en forma permanente la información. Esta vigilancia puede ser pasiva, activa o centinela.

La **vigilancia pasiva** compromete a las clínicas u hospitales, a los médicos y las enfermeras que atienden a las víctimas y llevan la historia del comportamiento de su salud, informándola continuamente al Ministerio de Salud o a las entidades nacionales que se encargan de adelantar los programas para atender este tipo de situaciones. El epidemiólogo se beneficia también con esta información, que de todas maneras es un apoyo para hacer sus evaluaciones: podrá establecer cuáles son las enfermedades más importantes o los síntomas de las enfermedades que presenta la población.

Es necesario establecer prioridades, hacer un seguimiento de las tendencias y reevaluar las prioridades

La **vigilancia activa** corresponde a las fuentes temporales en los casos donde las clínicas u hospitales han sido destruidos, o no están entregando la información periódicamente por cualquier razón. El epidemiólogo debe ser supremamente ingenioso para conseguir la información. Se trata de la vigilancia basada en la comunidad, en la que se hacen encuestas de casa en casa, de puerta en puerta. Se convierten también en fuentes de información los sepultureros y los conductores de vehículos encargados de recoger cadáveres, las mujeres que tejen las mantas para los funerales en algunas tribus africanas y los voluntarios.

En mi experiencia he encontrado que los ancianos, los jefes del pueblo o las personas de alto prestigio, como los líderes, son una excelente fuente de información. Gracias a ellos sabemos, por ejemplo, el número de mujeres embarazadas, la canti-

dad de niños por debajo de los cinco años, de ancianos, y las enfermedades que padecía la población antes de la emergencia o del desplazamiento.

En ocasiones, las cifras de mortalidad que arrojan estos dos tipos de vigilancia difieren; generalmente, son más altos los datos que se obtienen de la vigilancia activa, que de la pasiva. De ahí la importancia de adelantar y cotejar permanentemente los dos tipos de vigilancia, porque se ha presentado el caso de que el resultado que arroja la vigilancia pasiva no permite pensar que se está en una situación de emergencia, mientras que los datos que resultan de la vigilancia activa dan cuenta de altas tasas de mortalidad que no han sido reportadas oficialmente y, por tanto, se está en emergencia. Si se confía exclusivamente en la vigilancia pasiva, no se actúa eficientemente y la situación puede empeorar.

La **vigilancia centinela** consiste en recolectar, analizar e interpretar la información proveniente de un tipo específico de fuentes potenciales de datos (hospitales, laboratorios, organismos de salud, lugares de distribución de alimentos, farmacias, puestos de vacunación, entre otros) con el fin de monitorear la salud de una población. Se trata de vigilar los brotes y las posibles enfermedades que puedan estar apareciendo en un sitio determinado.

La salud de las personas en un campo de refugiados no permanece estable durante el curso de una semana, unos meses o unos años; el estado de salud puede cambiar y esa es la importancia de la vigilancia médica continua de la población, porque establece como consecuencia que las prioridades también cambian, en términos de acciones médicas, después de haber ofrecido a la gente techo, agua y alimentos.

La vigilancia es un proceso permanente, que busca cambios, de tal manera que permite establecer qué tan eficientemente se están desempeñando las autoridades de salud, si la atención primaria ha sido resuelta o si la situación empeora a pesar de los esfuerzos, si aumenta la desnutrición o la epidemia de cólera, o si, por el contrario, disminuye.

Hay otra información relativa a la salud que es muy valiosa y que la deben recoger los epidemiólogos: la evaluación de la efectividad de los programas tanto de alimento como de vacunación, porque es posible que, a pesar de haber adelantado este tipo de programas en la población, los niños continúen mostrando signos de desnutrición o de deficiencia de micronutrientes o que todavía se presenten casos de sarampión.

En ocasiones, los epidemiólogos deben actuar como detectives, tratando de establecer no únicamente los tipos de enfermedades que afectan a la población de desplazados o refugiados, sino para descubrir dónde están esas personas, lo que implica trabajar de la mano con otras autoridades como la defensa civil, la policía y el ejército, y después evaluar la calidad de la atención que se les está prestando en términos de salud.

La evaluación de la atención médica que se le brinda a los desplazados se ha convertido en un tema clave en los últimos años, en tanto muchos de los donantes que han ofrecido millones e inclusive billones de dólares para atención y servicios médicos en los campos de refugiados o de desplazados durante quince o diez años, han encontrado que la gente continúa muriendo, que los niños siguen desnutridos, que las condiciones de vivienda aún no tienen el mínimo de calidad de vida. Ahora exigen informes que demuestren los resultados de la inversión de esos dineros en servicios y atención. Actualmente, muchas de ellas ofrecen cursos y programas especiales para las organizaciones no gubernamentales, de manera que los médicos y las enfermeras tengan la suficiente capacitación en medicina de refugiados y atención de desastres con el fin de que las organizaciones sean elegibles para volver a financiar esos programas.

Los informes que finalmente serán la base para evaluar la calidad, la efectividad y la eficacia de la atención de salud, dependerán sustancialmente de los resultados de las evaluaciones, encuestas e investigaciones epidemiológicas adelantadas durante la emergencia.

Antes se creía que la epidemiología únicamente debería utilizarse para las enfermedades infecciosas o transmisibles. En los últimos años, la epidemiología se ha convertido en un excelente recurso de servicios de salud y una herramienta de evaluación.

Información básica necesaria

¿Qué tipo de información debe recogerse rápidamente? Parte de la información puede estar disponible, como los datos demográficos de la población susceptible, entre ellos el número de menores de cinco años, de mujeres, de mujeres embarazadas, de ancianos, o datos geográficos como mapas detallados del área afectada por la emergencia.

Es necesario establecer las tasas de mortalidad y morbilidad, no únicamente en cifras de personas enfermas sino también los tipos de enfermedades y de lesiones, el

estado nutricional tanto de niños como de adultos, el estado de vacunación de la población infantil, las enfermedades que afectan a mujeres embarazadas y el tamaño promedio de las familias afectadas.

La información de campo se recoge por medio de cuestionarios cortos, de una o dos páginas como máximo. Existen cuestionarios modelo de una sola página. En casos de emergencia, los voluntarios pueden ser guías *scout* o estudiantes de secundaria, porque se trata de una labor sencilla, una vez se les da las instrucciones precisas para hacerlo. Harán las preguntas del cuestionario y deberán asegurarse de que todas las casillas queden llenas.

El epidemiólogo recoge esa información y la resume de una forma sencilla de tal manera que los políticos, las autoridades o cualquier persona que no pertenece al mundo de la salud la entienda, porque si se presentan los resultados en términos demasiado técnicos es posible que no se comprenda la información.

Dependiendo de la información recolectada se realiza la planeación de las labores de rescate, la implementación y la evaluación de los programas de salud pública. De acuerdo con la población afectada, se destinará el número de médicos y de enfermeras necesarios para atender la emergencia, el tipo de profesionales en medicina requeridos, la cantidad de alimento y el tipo de droga que se necesita.

**El epidemiólogo actúa
como los ojos y los oídos de
la situación de desastre,
para obtener información
precisa en forma rápida**

La Organización Mundial de la Salud, OMS, recomienda como mínimo de quince a veinte litros de agua por persona por día, lo cual incluye la cantidad necesaria de líquido para beber y cocinar. Es posible que se necesite más, si se tiene en cuenta la importancia del aseo personal como parte fundamental de la higiene de las poblaciones. En cuanto a alimentación, los nutricionistas han determinado que en un caso de emergencia se necesitan entre 19 mil y 21 mil kilos de calorías por persona por día. El espacio para la vivienda también tiene sus pautas específicas que deberían cumplirse, en cuanto al espacio que necesita cada familia y cada persona. Así mismo, la OMS y la OPS, en colaboración con UNICEF, han desarrollado una lista de drogas y medicamentos esenciales para cubrir la mayoría de los problemas que afectan a los campos de refugiados. El programa de Alivio a Desas-

tres de las Naciones Unidas recomienda contar con una letrina por cada veinte personas.

El **muestreo por conglomerados** es una técnica muy útil para seleccionar en forma ágil las casas, las carpas o los sitios donde se ubican los refugiados y hacer una evaluación epidemiológica rápida, en los casos de desastres naturales o producidos por el hombre, pero en los que se concentra la población en un solo sitio. Aún no se cuenta con un método epidemiológico adecuado para evaluar las necesidades de aquellas personas que son desplazadas en el evento de crisis sociopolíticas y que tienden a diseminarse por todo el territorio nacional.

La mayor prioridad en las situaciones de desastre es contar con un muy buen sistema de vigilancia y de información sobre la salud de la población. De él se desprende la planeación para la inversión del presupuesto asignado que, además, siempre será limitado, para la utilización de las vacunas y las medicinas con que se cuente, para la utilización óptima de las clínicas, hospitales y puestos de salud que se encuentren disponibles. **Una VSP es aquella que se inicia con una eficiente y eficaz evaluación rápida y continúa con la vigilancia y la permanente recolección de datos para analizar la evolución de la situación por la que ha tenido que atravesar la población.**

Las estadísticas

En los estadios iniciales de las emergencias, cuando las tasas de mortalidad varían muy rápidamente de un día para otro, se ha encontrado que la mejor forma de recopilar esa información es obteniéndola en términos de muertes por diez mil personas al día, lo cual se denomina la **tasa cruda de mortalidad**. Al estratificar por edad esa información, se obtiene además la tasa cruda de mortalidad de niños menores de cinco años, por considerarse una población crítica de alto riesgo entre la población desplazada o refugiada, o la tasa de mortalidad específica por causas, donde se desglosa la información de acuerdo con las enfermedades que causan las muertes. Estas estadísticas son útiles porque permiten hacer el seguimiento de las enfermedades y de las tendencias de mortalidad.

Teniendo en cuenta las cifras que se obtengan en un caso dado, se ha establecido un límite, o umbral, que identifica una situación de emergencia *versus* una situación de no emergencia. Si la tasa cruda de mortalidad es mayor de una muerte por cada diez mil personas por día, se trata de una situación de emergencia en casos de refugiados. En el caso de la población infantil, se está frente a una situación crítica cuan-

do dos niños entre diez mil mueren diariamente. Pero si la tasa de muerte es menor en cualquiera de los dos casos, significa que la situación está mejorando y la emergencia no es tan severa.

Objetivos del sistema de vigilancia de salud en las poblaciones de refugiados

1. Establecer un sistema de información de tal manera que las estadísticas recogidas en los campos de refugiados se informen a las autoridades de salud locales y luego a los ministerios de salud o entes correspondientes nacionales e internacionales. Sería ideal contar con un sistema de información que se guiara por un protocolo estandarizado para transmitir la información adecuadamente.
2. Definir los objetivos de control de las enfermedades. Las agencias de las Naciones Unidas y otras organizaciones han establecido objetivos de control de las enfermedades, que se convierten en metas a seguir en casos de desastres. Entre ellas, por ejemplo, la obtención del 90% de cubrimiento en la inmunización contra el sarampión o la reducción de la tasa de mortalidad de cólera a un tres por ciento. Se trata de indicadores sumamente valiosos, porque se consolidan como objetivos que deben alcanzarse para superar situaciones de emergencia.
3. Desarrollar definiciones de casos en pruebas de campo. En muchos casos es difícil para el epidemiólogo tomar decisiones frente al diagnóstico de una enfermedad que no ha sido verificada en el laboratorio y, por tanto, el tratamiento debe basarse en los síntomas y es necesario actuar diligentemente.

La labor de un buen epidemiólogo no consiste solamente en recoger buenas estadísticas sino en hacer la interpretación adecuada de esos datos

La VSP, para resumir, consiste en la recolección de la información, la identificación de las necesidades y de los recursos, el análisis y la interpretación inteligente y acertada de esos datos, la comunicación de las conclusiones a quienes toman las decisiones de tal manera que puedan diseñar o modificar la respuesta ante el desastre que enfrenta en determinada situación.

Así mismo, la VSP exige la recolección permanente de información con base en la evolución de la situación que ha tenido que vivir la población afectada, lo cual per-

mite corregir las acciones a tiempo, atender las prioridades que pueden cambiar a medida que transcurren los días y liderar un proceso de evaluación constante.

**Empresas privadas se especializan
en atención de emergencias**

En Europa y Estados Unidos el sector privado ha desarrollado compañías que se especializan en medicina de desastres. Se han profesionalizado de tal manera que en algunos países de Europa Occidental, como Francia, los Médicos sin Fronteras y otros organismos de este tipo contratan sus servicios para manejar situaciones de desastres y hacer evaluaciones en epidemiología y en logística. Se trata de compañías con ánimo de lucro, que ayudan al alivio en las situaciones de desastre y tienen experiencia en el apoyo a la realización de las evaluaciones.

EL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN COLOMBIA¹

En la historia de Colombia la violencia ha tenido un papel protagónico y se ha convertido en una constante reconocida por altibajos que conllevan períodos intensos y otros de tensa calma. Las violaciones a los derechos humanos se han registrado en cada una de las etapas más críticas que ha vivido el país y desde hace una década han recobrado actualidad, dejando a su paso múltiples problemas.

Diferentes grupos armados se han tomado a la fuerza varias poblaciones rurales colombianas generando con sus actos violentos una crisis humanitaria cuya expresión más dramática es, quizás, el caso de los desplazados. Si bien es cierto que no es la primera vez que en Colombia se presenta este fenómeno, nunca antes había sido de tal magnitud, al punto de ser considerado como uno de los más graves en el ámbito mundial, pues se trata de desplazados internos que se encuentran esparcidos por todo el territorio nacional sin garantías que propicien su reasentamiento.

Las razones del desplazamiento masivo están íntimamente relacionadas con la existencia del conflicto interno en el país, el cual se caracteriza por su irrespeto a las normas concebidas en el marco del Derecho Internacional Humanitario, DIH. Los

¹ Basado en las intervenciones realizadas por Jorge Rojas, Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, CODHES; Luis Fernando Maldonado, Defensoría del Pueblo; Fabio Rivas, Organización Panamericana de la Salud, OPS y Geert Haghebaert, Comité Internacional de la Cruz Roja, CIRC, durante el VII Curso Internacional de Métodos Intermedios y Principios de Epidemiología y Vigilancia en Salud Pública, organizado por el Instituto Nacional de Salud. Bogotá, septiembre 18 al 29 de 2000.

actores que participan en este conflicto se concentran en cuatro grupos fundamentales: autodefensas, guerrillas, fuerzas militares y policía nacional.

Los departamentos colombianos que durante el primer semestre del año 2000 registraron el mayor éxodo de población fueron, en su orden, Magdalena, Bolívar, Atlántico, Antioquia y Valle (Mapa 1), zonas expulsoras donde el conflicto se hace más evidente y sus habitantes no resisten la fuerte presión a la que se ven sometidos.

Preocupadas por su seguridad y huyendo de los grupos armados, miles de familias deciden abandonarlo todo y partir hacia otros lugares. Bogotá, Medellín, Cali, Barranquilla, Bucaramanga, Cartagena, Montería, Barrancabermeja y Cúcuta son algunas ciudades escogidas por los desplazados para comenzar una nueva vida (Mapa 2).

Las razones del desplazamiento masivo están íntimamente relacionadas con la existencia del conflicto interno en el país, el cual se caracteriza por su irrespeto a las normas concebidas en el marco del Derecho Internacional Humanitario

Para Luis Fernando Maldonado, exdirector nacional de Promoción y Divulgación de Derechos Humanos de la Defensoría del Pueblo, el conflicto armado en Colombia está compuesto por relaciones estructurales y coyunturales que tienen como consecuencia el desplazamiento forzado.

En la relación estructural, los actores del conflicto desarrollan su operativo militar para ocupar territorios que consideran estratégicos. El antecedente de este objetivo puede ser una amenaza, una masacre o cualquiera otra acción que finalmente desencadena la movilización de las personas afectadas.

Pero la dominación territorial algunas veces no tiene fines estratégicos, sino afán de poder. Por ejemplo, conquistar la Serranía de San Lucas, en el departamento antioqueño, no significa una acción estratégica para los paramilitares; significa derrotar el poder antagónico que en ese lugar tiene el grupo subversivo Ejército de Liberación Nacional, ELN. Es restarle poder al contrario.

La ideología también hace parte del punto de vista estructural y se refiere al significado que acciones de la comunidad tienen para los entes armados. Se habla de poblaciones con inclinaciones a favor o en contra de guerrilleros,

Mapa 1

DESPLAZAMIENTO FORZADO Y CONFLICTO ARMADO

Departamentos de expulsión

Total estimado de población : 288.127

Año 1999



% de personas desplazadas por departamento de expulsión

	0,1 - 0,7
	0,7 - 2,2
	2,2 - 4,1
	4,1 - 7
	7 - 18,5
	Departamento sin información

Fuente: SISDES - CODHES

paramilitares o fuerzas militares, lo que genera represalias por un supuesto *favoritismo*.

Por su parte, las relaciones coyunturales traen consigo una serie de factores que propician el desplazamiento forzado, entre los que se encuentran: el imaginario estigmatizado por medio del cual determinado actor decide tomar venganza por un hecho ocurrido hace muchos años; los parentescos, porque ser familiar de un *enemigo* puede generar desplazamiento; los factores afectivos, cuya incidencia hace que el conflicto no se desarrolle bajo normas tradicionales; la ley del silencio, que obliga a callar para no convertirse en operativo militar; y los testigos presenciales, quienes significan un riesgo para los autores de delitos o ataques contra la población civil.

Causas del desplazamiento forzado

Definitivamente, la causa fundamental del desplazamiento en Colombia es el conflicto armado interno. ¿Por qué las víctimas toman finalmente la decisión de irse de sus tierras? Luis Fernando Maldonado lo explica en tres categorías que resumen cuál es la situación.

Dentro del conflicto interno, las amenazas constituyen la principal causa del desplazamiento, porque cada vez se cumplen más

Causas directas

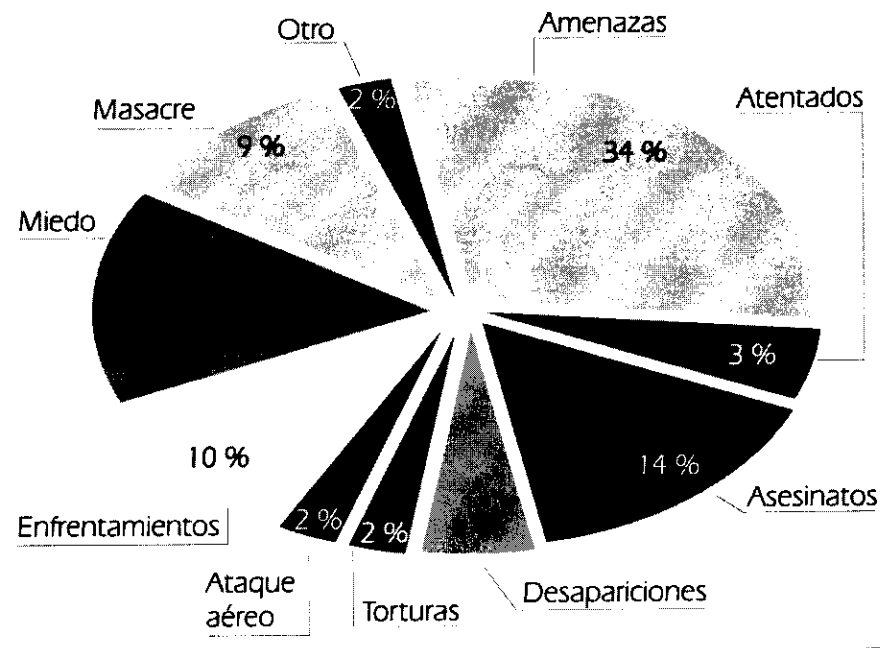
Son la formas directas de violencia que desarrollan grupos armados en contra de la población civil, entre ellas las amenazas, los asesinatos, las masacres y los enfrentamientos.

Dentro del conflicto interno, las amenazas constituyen la principal causa del desplazamiento, porque cada vez se cumplen más (Gráfico 1). Testimonios de desplazados confirman que donde llegan los paramilitares hay una masacre que obedece al cumplimiento de amenazas. Como un hecho multiplicador, éstas generan miedo entre los individuos que, previendo lo que puede sucederles, deciden desplazarse.

Según Jorge Rojas, director de la Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento, CODHES, el miedo, los asesinatos, los enfrentamientos y las masacres se han convertido en casos dramáticos de la población y han presentado un creciente aumento. El problema es que "la situación es conocida por todos los entes involucrados en el conflicto y sin embargo no se actúa. Ésta es la

MOTIVOS DEL DESPLAZAMIENTO

Gráfico 1



Fuentes: CODHES - SISDES

mayor preocupación de quienes desde las ONG tratamos de buscar mecanismos de prevención”.

Causas indirectas

Las desapariciones y el terror de la población son en este caso la causa del desplazamiento. Cuando una persona de una comunidad desaparece, desestabiliza la tranquilidad de los otros, quienes llenos de terror optan por huir antes de que ellos sean las siguientes víctimas. De esta forma, la desaparición ayuda indirectamente al desplazamiento.

Causas difusas

Se trata de personas desconocidas que hacen parte del conflicto y protagonizan acciones violentas que generan desplazamiento. Son nuevos actores que permanecen en el anonimato, sin atribuirse ninguna responsabilidad, dado el costo político

que actualmente representa este fenómeno en el país. El 16% de los desplazados colombianos atribuyen la salida de su territorialidad a desconocidos.

Evolución del desplazamiento en Colombia

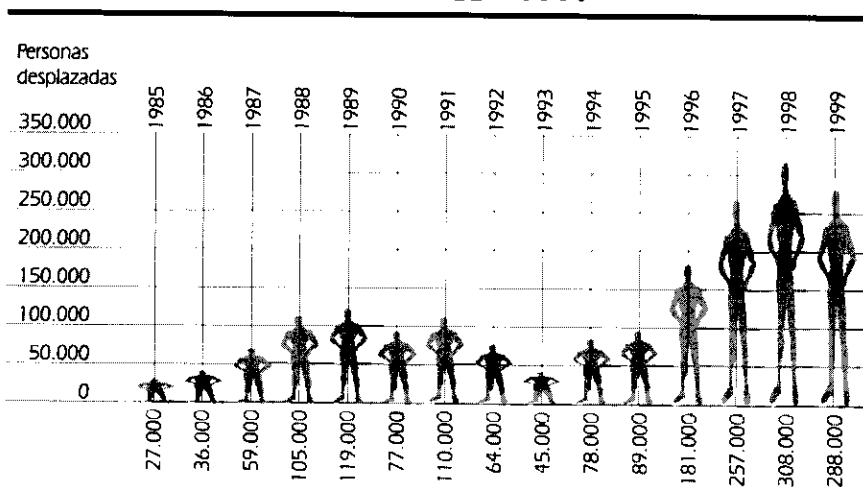
Desde 1985, año en que los diferentes grupos armados pusieron fin a las treguas y las autodefensas se fortalecieron como un nuevo actor dentro del conflicto, el índice de desplazamiento forzado comenzó a presentar cifras importantes sin antecedentes en la historia del país (Gráfico 2).

De acuerdo con estudios de la Conferencia Episcopal y del CODHES, ese año, 1985, hubo 27.000 desplazados en Colombia, cifra que aumentó en 1999 a 288.000. Si se analiza la situación por períodos, se encuentra que entre 1985 y 1994, o sea en diez años, alrededor de 720 mil personas abandonaron sus hogares, mientras que entre 1995 y 1999, que corresponde a un período de cinco años, las estadísticas oficiales hablan de un millón 123 mil colombianos desplazados.

El desplazamiento en Colombia se agravó a partir de 1995, año en el cual inició un crecimiento desmedido que lo llevó a registrar 308.000 desplazados en 1998, la cifra más alta de este fenómeno en el país.

TENDENCIA DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN COLOMBIA 1985 - 1999

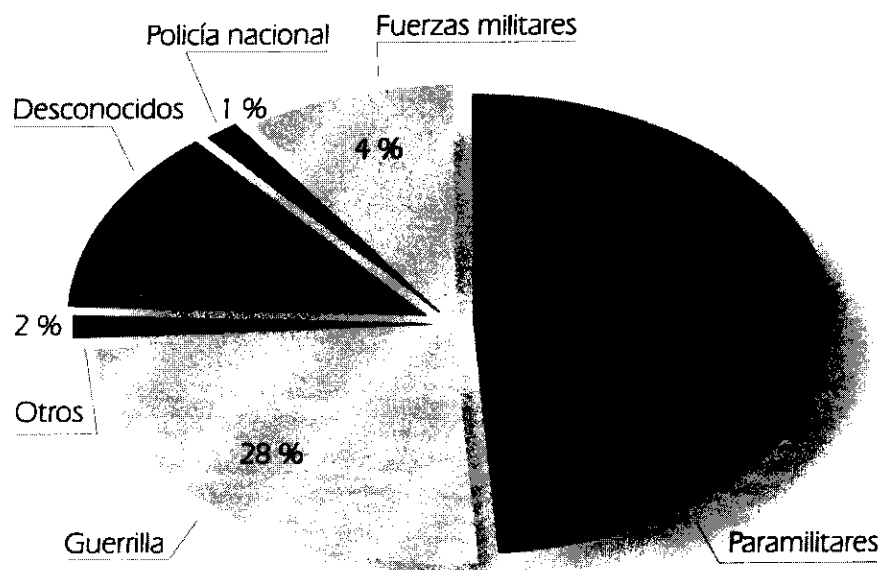
Gráfico 2



Fuente: Conferencia Episcopal (1985 - 1994)
CODHES (1995 - 1999)

ACTORES ARMADOS

Gráfico 3



Fuente: CODHES

Las causas de este incremento son varias. Durante los últimos años, el conflicto armado interno logró captar nuevas áreas del territorio nacional y a medida que esto fue ocurriendo el desplazamiento comenzó a intensificarse, reuniendo todos los elementos para ser considerado un problema humanitario tanto por la comunidad nacional como por la internacional.

Los actores del conflicto modificaron sus estrategias de presión e impusieron métodos inusuales, como el bloqueo de vías y la privación de bienes para la supervivencia de la sociedad civil, que cada día dejaban más desprotegida a la población, motivo por el cual decidía marcharse.

La polarización a la que son sometidos los habitantes también propició el aumento del desplazamiento, pues son intimidados y obligados a formar parte de alguno de los grupos que participan en el conflicto interno que vive el país. Estos factores, entre muchos otros, hicieron que el desplazamiento en Colombia alcanzara las cifras que muestra el gráfico 2. Nótese que, a pesar de que en 1999 se logra una reducción del

número de desplazados, el rango sigue siendo alto y no se puede considerar como un decrecimiento significativo de la tendencia.

El incremento del desplazamiento forzoso es el resultado de todas las acciones que grupos armados realizan contra la población civil. Según Jorge Rojas, el 85% de los desplazados abandonan sus hogares huyéndole al conflicto y por ende a sus actores.

Entre enero y junio de 2000, el CODHES realizó la Quinta Encuesta Nacional de Hogares en Situación de Desplazamiento Forzado, la cual cubrió una muestra de 4.406 personas integrantes de 971 hogares desplazados durante 1999.

La encuesta, que cuenta con un nivel de confiabilidad del 95%, demostró que la población civil se siente realmente amenazada por los paramilitares y por la guerrilla, grupos identificados como principales responsables del desplazamiento y los hechos que lo motivan (Gráfico 3).

Los paramilitares se han convertido en los actores armados que más inciden en el fenómeno de movilidad. Son ellos los promotores del 49% de las causas que generan desplazamiento.

Los paramilitares se han convertido en los actores armados que más inciden en el fenómeno de movilidad. Son ellos los promotores del 49% de las causas que generan desplazamiento, principalmente en poblaciones campesinas, víctimas de estrategias de expansión territorial basadas en el uso de la fuerza, las cuales, presas

del terror, se ven obligadas a abandonar sus tierras. Las guerrillas también ocupan un lugar destacado en la causalidad del desplazamiento y mantienen una oscilación entre el 28 y el 34%.

La encuesta estableció que, mientras los paramilitares generan desplazamiento a través de amenazas y masacres, la guerrilla se vale del reclutamiento forzado o voluntario. Esto incide en que las familias huyan porque no desean que sus hijos ingresen a las filas.

En contraste, Jorge Rojas resaltó la importancia que representa para las fuerzas militares el hecho de haber reducido su participación como ente armado causante de desplazamiento forzado. Sin embargo, hizo un llamado de atención para replantear la responsabilidad que éstas tienen ante el fenómeno e insistió en la incapacidad

de las fuerzas legítimamente constituidas por el Estado para defender a la población y asegurarle el respeto por los derechos humanos.

Es necesario recordar que el Estado está obligado a velar por el bienestar de sus ciudadanos y, en este caso específico, es el directamente responsable de la seguridad de los desplazados internos, la cual no sólo se limita a proteger sus vidas, sino además a satisfacer sus necesidades.

Actualmente, a pesar de los esfuerzos del Gobierno Nacional, existe la tendencia de recurrir a la comunidad internacional para resolver los problemas de miles de familias que se han quedado sin lugar de residencia. Esta situación ha contribuido a que las Organizaciones No Gubernamentales, ONG, tengan una participación fundamental en el fenómeno de desplazados.

NECESIDADES MÁS IMPORTANTES DE LA POBLACIÓN DESPLAZADA



Salud	Psicológica
	Física
	Servicio médico
Educación	Alfabetización
	Educación técnica
	Educación formal
Vivienda	Adquisición
	Mejoras
	Titulación
Generación de Ingresos	Tierras
	Trabajo
	Microempresa

Fuente: CODHES – SISDES

De acuerdo con Fabio Rivas Muñoz, de la Organización Panamericana de la Salud, OPS, el 36% de las ONG de carácter humanitario de América Latina están en Colombia y cuentan con personal especializado que adelanta programas de ayuda en favor de los desplazados colombianos.

En ocasiones, son estas organizaciones las únicas que tienen acceso a situaciones de riesgo, donde las instituciones gubernamentales colombianas no pueden llegar. Esta intervención de la comunidad internacional se convierte en un hecho positivo para los desplazados que se benefician con la ayuda humanitaria. Sin embargo, es necesario que las actividades de las ONG y el Gobierno colombiano se articulen para que este último no pierda la responsabilidad ante el problema del desplazamiento.

En el interior de Colombia se detectan fallas en la ejecución de estrategias nacionales y locales para controlar el desplazamiento forzado. Es evidente que las mismas autoridades no tienen una visión unificada para tratar el fenómeno y ello les impide asistir debidamente a los afectados por la violencia.

A esto se suma la dificultad que se presenta a la hora de implementar las leyes. El Gobierno creó un marco legal e institucional a través de la Ley 387 de 1997, por la cual se adoptan medidas para la prevención del desplazamiento forzado; pero, infortunadamente, las responsabilidades institucionales tanto nacionales como regionales no han sido asumidas en su totalidad debido, por un lado, a la insuficiencia de los recursos técnicos y financieros y, por el otro, a la falta de coordinación entre los diferentes entes. El resultado es un proceso lento con poca capacidad de respuesta para los desplazados.

Aspectos comunes del desplazamiento

Las circunstancias que rodean una salida forzada afectan directamente los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales del desplazado, lo cual se hace evidente en los problemas e impactos que éste debe enfrentar posteriormente a causa del conflicto.

A un desplazado por la violencia la vida se le divide en dos, el antes y el después. No puede conservar el mismo estilo de vida, debe aprender nuevas formas de subsistencia y conquistar otros espacios. Desplazarse implica romper el tejido social y esto conlleva fuertes consecuencias psicosociales que inciden en el deterioro constante y dramático de su calidad de vida.

CONSECUENCIAS DEL CONFLICTO ARMADO

Directas	Indirectas
Muertes	Refugiados
Lesiones	Desplazamientos internos
Discapacidades	Desnutrición
Asalto Sexual	Deterioro de los servicios de salud
Estrés psicológico	

El cuadro familiar de los desplazados reproduce los modelos de violencia social a través de la violencia intrafamiliar, que muchas veces va acompañada de problemas de alcoholismo y abandono, como resultado de ese abrupto cambio de vida.

Para quienes siempre han vivido en el área rural, abandonar contra su voluntad el lugar de origen produce un proceso de desarraigo que difícilmente pueden controlar. Las emociones por las que atraviesan son muy variadas, sienten dolor, tristeza, miedo, terror y angustia ante lo que les depara la ciudad, la cual se convierte en todo un reto para ellos porque no saben desenvolverse en ella y se ven enfrentados a circunstancias críticas. A esto se agrega que no tienen acceso a los servicios, a la salud, ni a la educación, entre otras carencias.

De acuerdo con Geert Haghebaert, coordinador del Programa de Salud y Socorro del Comité Internacional de la Cruz Roja para Colombia, CIRC, al no satisfacer sus necesidades básicas los desplazados están propensos a sufrir quebrantos de salud relacionados con enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas y problemas psicosociales. Documentar el estado de salud de la población desarraigada es uno de los mayores problemas que tienen las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que trabajan con desplazados. Para facilitar esa labor debe existir un sistema de vigilancia que recopile información fiable; sin embargo, en la práctica, este proceso no resulta sencillo. Las zonas expulsoras presentan en medio de la crisis un

deterioro del sistema administrativo local y una desorganización de hospitales y centros de salud, considerados como principales fuentes para obtener datos específicos.

Esta situación hace que, en ocasiones, se corra el riesgo de implementar medidas que no conducen a los resultados esperados, precisamente porque la información que sirvió de base para organizar el programa de asistencia no fue lo suficientemente rigurosa o veraz.

Para prevenir estos desaciertos, ha sido necesario darle un rumbo diferente a la forma de abordar los problemas. En el caso de la CIRC, la investigación y los estudios preventivos se han sumado a sus actividades para llevar a cabo acciones planificadas que le permitan tomar decisiones adecuadas en momentos de crisis.

¿Permanencia o retorno?

El dilema al que se enfrentan los desplazados en la ciudad es permanecer en ella o devolverse definitivamente al campo, donde realmente saben vivir y trabajar porque han crecido con sus expectativas amarradas a la tierra. Entre los desplazados consultados por el CODHES, el 19,1% prefiere regresar a su lugar de origen, el 26,4% desea irse a otro lugar, mientras que el 53,2% quiere permanecer en el sitio de llegada.

Esta no es una decisión fácil porque lo que está en juego es la seguridad y en la mayoría de ocasiones el estado no la puede garantizar. La discusión está sobre la mesa. Jorge Rojas, director del CODHES, afirma que las ONG no pueden forzar los retornos ni los reasentamientos en zonas de riesgo y lamentablemente los mapas de desplazamiento y conflicto ocupan cada vez más áreas, reduciendo así las zonas seguras del país.

“Los esfuerzos que actualmente se adelantan para lograr un retorno son válidos, pero es necesario analizarlos con calma puesto que la mayoría de la población desplazada no tiene condiciones para regresar”, dice Rojas.

La permanencia en la ciudad plantea mecanismos de atención en condiciones urbanas precarias pues, para recibir asistencia del Estado, las personas desplazadas deben registrarse y obtener un carné que les permite el acceso a la ayuda humanitaria. Este procedimiento presenta varias inconsistencias, sobre todo porque son muchos los que carecen de los documentos necesarios para identificarse y conseguirlos les implica volver a la zona de la cual tuvieron que emigrar.

De otro lado, algunos piensan que si obtienen su carné de desplazados serán objeto de represalias o llamados a actuar como testigos e informantes. Esto les hace temer por su seguridad y, en ocasiones, deciden mantener el anonimato. No se registran e inician entonces su asentamiento en las zonas marginales de las ciudades, negándose con ello toda posibilidad de apoyo nacional e internacional.

Quienes se adaptan más fácilmente a la ciudad son los jóvenes. Una vez que llegan se deslumbran y, a pesar de todas las dificultades a las que se ven sometidos, no quieren volver al campo. Los adultos, en cambio, piensan en la posibilidad de un retorno, porque la adaptación para ellos es muy difícil, no aceptan el desplazamiento y prefieren "morirse en su tierra".

NUEVOS DESAFÍOS

- Pensar en la necesidad de una política de estado que permita asumir a largo plazo la atención a la población civil, sin discriminación, a través de un Fondo Estatal de Seguridad Social. En Colombia hay desplazados por violencia y por desastres naturales, pero además están los inmigrantes económicos que tienen que moverse dentro del territorio nacional por razones de pobreza y a ellos también es necesario incluir en los programas de recuperación.
- Organizar un trabajo en equipo con las ONG, lo cual permitiría una integración de esfuerzos donde todas las comunidades que puedan apoyar al gobierno lo hagan, pero a través de una política de cooperación definida que garantice el cumplimiento de las leyes del derecho nacional e internacional.
- El requisito de certificación hace difícil que el desplazado finalmente reciba los beneficios y la asistencia que contempla la Ley 387 de 1997. Por lo tanto, se hace indispensable que el gobierno revise esta exigencia y provea a los desplazados las condiciones necesarias para que estos puedan ejercer sus derechos legales.

DESPLAZAMIENTO FORZADO Y CONFLICTO ARMADO

Departamentos de llegada

Total estimado de población : 288.127

Año 1999



IMPACTOS PSICOSOCIALES DEL DESPLAZAMIENTO EN COLOMBIA

Introducción

Una persona desplazada por la violencia es víctima de las injusticias que produce el desarrollo del conflicto armado interno y experimenta en carne propia la violación a sus derechos humanos, políticos, sociales y económicos.

Son individuos que se ven obligados a abandonar repentinamente todo lo que han construido a lo largo de la vida. El hogar, la familia, los amigos, el trabajo, la tierra y el campo, entre otros, pasan a hacer parte del pasado, porque en el presente ya no los pueden disfrutar: estar vivos es lo único que importa.

Los desplazados en Colombia son en su mayoría gente proveniente del área rural. Por lo general, llegan a las ciudades en busca de oportunidades, pero sus conocimientos y experiencias no favorecen una actividad que les permita vivir dignamente.

Las causas del desplazamiento, las situaciones que fueron obligados a ver, la pérdida de seres queridos y el deterioro de la calidad de vida se constituyen en factores negativos para la estabilidad emocional de niños, jóvenes y adultos, quienes, aparte de todas las enfermedades físicas que padecen como resultado de la insatisfacción de sus necesidades básicas, mala alimentación, desnutrición, etc., sufren cambios psicosociales que inciden tanto en su salud mental como en su dimensión social.

Tradicionalmente, desde el sector salud, el enfoque predominante para trabajar la recuperación psicosocial de los desplazados ha sido médico, clínico y psiquiátrico. Sin embargo, hoy se pugna por un tratamiento integral que considere una visión holística del ser humano, estudie las consecuencias del desplazamiento y tenga en cuenta los síntomas mentales y sociales que afectan la salud de esta población vulnerable.

Esta dura realidad ha propiciado que el Gobierno, a través de la Ley 387 de 1997, se proponga nuevos lineamientos de atención al desplazado acordes con sus necesidades, lo cual ha generado una mirada interna hacia el funcionamiento y los servicios del sistema general de salud. Con ella, por primera vez, el Ministerio de Salud incluyó entre sus programas la atención psicosocial, orientada a tratar la salud mental de los afectados desde su entorno social.

**"Viven el inxilio las etnias sin tierra,
los soldados confinados en su
uniforme, la guerrilla sin propues-
tas políticas, los indigentes a
quienes se da la calle por cárcel, los
pocos y verdaderos maestros sin
opción de intercambio de saberes,
los desaparecidos que pertenecen
al mapa de un país fantasma"**

Juan Manuel Roca, poeta

Hoy, el Gobierno colombiano y las ONG, adelantan programas de salud en zonas del país donde el conflicto es muy intenso. No obstante, es necesario continuar aunando esfuerzos entre todos los sectores de la sociedad para que las poblaciones tengan acceso a la salud y los desplazados sean atendidos en cualquier centro hospitalario.

La experiencia indica que es indispensable revisar los medios a través de los cuales se otorga la ayuda humanitaria nacional e internacional. El registro de los afectados por la violencia funciona con dificultad por múltiples razones, entre ellas porque los requisitos mínimos para obtener un carné no pueden ser cumplidos por muchos desplazados indocumentados y porque algunos todavía temen ser localizados por quienes los hicieron huir.

La adaptación de estas personas a las grandes ciudades es un proceso lento que se constituye en todo un reto para el Gobierno nacional. En algunas ocasiones, el desplazamiento puede asociarse con nuevas oportunidades de crecimiento y cambio personal, pero para ello se requiere de muchos factores que devuelvan a

los desarraigados sus derechos, reconstruyan el tejido social y reparen sus daños psicosociales.

IMPACTO DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN LA SALUD MENTAL DE LA POBLACIÓN

Diana Isabel Alwis Palma

Corporación de Apoyo a Víctimas Pro Recuperación Emocional, AVRE

La experiencia del trabajo psicosocial que la corporación AVRE realiza en diferentes zonas del país se inserta en contextos políticos y sociales que inciden en el impacto del desplazamiento forzado en la salud mental de la población colombiana:

1. El desplazamiento forzado se produce en Colombia dentro de un contexto de violencia sociopolítica y como una estrategia de guerra por parte de los diferentes actores armados para lograr, a través del terror, la amenaza y la ruptura del tejido social, el control territorial y militar.
2. Las personas desplazadas comparten la vulneración de sus derechos antes, durante y después del desplazamiento, el cual se relaciona con frecuentes infracciones al Derecho Internacional Humanitario, DIH, graves violaciones a la vida, a la integridad personal, al derecho a la propiedad y al ejercicio de los derechos civiles y políticos.
3. El contexto social donde ocurre el desplazamiento de poblaciones se caracteriza por una sociedad afectada en su totalidad por la violencia, la corrupción, la falta de legitimidad del Estado y la pobre respuesta institucional. Adicionalmente, las comunidades receptoras no proveen un marco para la participación y la solidaridad de las poblaciones afectadas.

Cualquier esfuerzo de descripción del impacto psicosocial del desplazamiento debe ir más allá de la sola comprensión biomédica o psicológica, porque si se toma de manera aislada puede ocultar las circunstancias políticas mencionadas.

La descripción y la comprensión tienen que integrar y hacer visibles los múltiples y complejos aspectos de la realidades psíquica, social, cultural, política y económica que interfieren con el desarrollo de una salud mental plena en las poblaciones des-

plazadas. Además, deben comprometerse con acciones públicas, sociales y comunitarias de reparación, reconstrucción, resistencia y reconciliación.

Un primer aspecto que existe al hablar de desplazamiento es espacial: desplazarse es trasladarse, moverse, cambiar de lugar. El lugar donde se habita es un referente gráfico, pero también un espacio para las interacciones humanas donde se construye la biografía, el sentido de sí mismo y del grupo al cual se pertenece.

Si el desplazamiento ha sido forzado cabe preguntarse ¿Cuál es el impacto que este desplazamiento y las circunstancias que lo precedieron tienen sobre la salud mental de los individuos? ¿Cuáles son los determinantes de la evolución y el desarrollo de este impacto?

El concepto de salud mental incluye un componente subjetivo y otro interaccional. El componente subjetivo nos habla del individuo, de sus emociones, pensamientos, afectos e identidad. El interaccional se refiere a redes de relaciones familiares de grupo y comunitarias, e incluye el lazo emocional con el entorno físico. El componente subjetivo de una persona se construye y transforma en la red de relaciones a las que pertenece; a su vez, esta red se construye por la subjetividad individual, de tal manera que una descripción del impacto sobre la salud mental debe incluir los elementos subjetivo-individual e interaccional-colectivo y su interrelación.

Partamos de las siguientes premisas:

1. No existe una respuesta universal al desplazamiento.

A nivel individual, el desplazamiento forzado es un estímulo súbito e intenso que produce un estado de respuesta fisiológica y psicosocial en hombres y mujeres denominado estrés, respuesta que en la mayoría de los casos es normal y adaptativa. Aunque es muy importante reconocer la magnitud del sufrimiento emocional ocasionado por el desarraigo, esto no significa que haya un trastorno psiquiátrico o que la mayor parte de la población tenga una enfermedad mental; cada individuo, familia y comunidad tiene su única manera de reaccionar y darle sentido a la experiencia del desplazamiento.

2. Las comunidades tienen sus propias formas de adaptación y supervivencia.

Los individuos tienen la capacidad para adaptarse exitosamente a circunstancias que normalmente estarían asociadas a disfunción psicológica o estrés, capacidad conocida como resiliencia. Esta capacidad depende de una interacción dinámica que evoluciona con el tiempo y que está influenciada por los diferentes cam-

bios en los contextos ambientales. La resiliencia nos permite ver a las personas que se han desplazado como partícipes activas de su propio cambio, con capacidad para movilizar mecanismos de adaptación y nos invita a asumir la responsabilidad de favorecer la creación de contextos sociales y culturales, factores protectores que ayuden a los individuos a adaptarse exitosamente a sus nuevas circunstancias. El reconocimiento de la capacidad de resiliencia no niega el sufrimiento emocional, la ruptura del tejido social y la múltiple violación de derechos humanos ocasionados por el desplazamiento.

Impacto psicológico – subjetivo del desplazamiento

Un desplazado se encuentra en situación de crisis, entendida ésta como una respuesta natural ante un hecho negativo y siempre subjetivamente inesperado. Se caracteriza inicialmente por la desorganización emocional y el inicio de la búsqueda de estrategias que permitan enfrentar la situación. La persona no es capaz de explicarse, o por lo menos no cabalmente, la razón por la que tuvo que renunciar a su mundo y se encuentra temerosa e indecisa sobre cómo reaccionar frente a las circunstancias. También se presentan manifestaciones físicas como cefaleas, múltiples quejas somáticas y síntomas de aumento de actividad del sistema nervioso autónomo.

El miedo es la respuesta emocional predominante durante los momentos previos al desplazamiento mismo. Aunque es una respuesta adaptativa y protectora ante una situación amenazante, puede alterar la capacidad de juicio de la persona, su capacidad de pensar, de actuar y llevar a acciones desesperadas, aisladas o destructivas antes y durante el desplazamiento. Puede, además, hacer aflorar o incrementar los sentimientos de desconfianza en los grupos.

Sin que necesariamente el miedo se haya resuelto, se agregan sentimientos de tristeza, ansiedad, rabia y desesperanza como reacciones a las diferentes pérdidas que van desde las materiales concretas hasta algunas simbólicas que originan distintos procesos de duelo.

Una reacción emocional muy importante son los sentimientos de rabia y de venganza que están relacionados con el dolor por las pérdidas simbólicas y reales, la impunidad frente a los responsables de los hechos, la falta de oportunidades reales y de condiciones mínimas satisfactorias para reconstruir la vida, entre otras. Estos sentimientos de venganza han sido aprovechados por los actores armados para ganar adeptos que perpetúen la resolución de las pérdidas y los conflictos por medios violentos; esto es, en gran parte, favorecido por la ausencia de contextos sociales de

lucha contra la impunidad y de oportunidades reales para la reconstrucción individual y colectiva.

Dependiendo del tipo de hecho violento que generó el desplazamiento, se observan algunas características particulares en cuanto a la respuesta emocional. Las personas que se desplazan porque han sufrido amenazas directas experimentan la posibilidad de la muerte como algo muy próximo y tal vez inevitable, lo que quizá puede incidir en la capacidad de rehacer su proyecto vital después del desplazamiento. Los individuos que se desplazan a raíz del asesinato de un familiar experimentan, además del temor a ser también víctimas de homicidio, todo el peso de la pérdida abrupta de su ser querido, muchas veces sin poder conservar o disponer de los efectos o pertenencias del difunto y con ausencia del ritual funerario.

La valoración del sufrimiento y de la magnitud del posible daño emocional o problema mental secundario a la experiencia de desplazamiento debería estar acompañada de preguntas claves: ¿Cómo interfieren estas manifestaciones con la capacidad del individuo de participar en interacciones que contribuyan con la reconstrucción de sí mismo y del tejido social? ¿Qué significados de la experiencia de violencia, de desplazamiento y de sus manifestaciones subjetivas son las más útiles para que las víctimas se conviertan en participantes activos de su cambio individual y social?

Impacto psicosocial- interaccional del desplazamiento

Un elemento que permite identificar el impacto psicosocial hace referencia a su incidencia en las redes familiares y sociales. El cambio en ellas permite reconocer la fragmentación a raíz del deterioro o las rupturas, y el posible fortalecimiento de las relaciones interpersonales a través del potenciamiento de lazos de solidaridad y hasta la consolidación de procesos organizativos.

La fragmentación – transformación puede darse en el ámbito familiar, comunitario, social, político, cultural o económico. El impacto o choque del desplazamiento enfrenta a los individuos y grupos a realizar esfuerzos coordinados o no coordinados para restablecer esas redes en nuevos espacios no sólo geográficos sino también afectivos y culturales. Los primeros llevan a la reconstrucción y los otros al aislamiento y la marginalidad.

En el caso de un sitio totalmente extraño, los desplazados experimentan tensión al verse presionados a tener que establecer comunicación y entablar nuevas relaciones con personas que no conocen. El hecho de que el desplazamiento sea incomprensi-

ble para la comunidad la coloca en la dificultad de poder hablar de este hecho y hasta verse obligada a tomar medidas de prevención para abordarlo, llegando a casos extremos como el mimetismo. En el caso de que las personas se ubiquen en sitios cercanos a su lugar de origen, tienen la oportunidad de ser acogidas por familiares, amigos o conocidos, con quienes es más fácil restablecer las redes de relaciones por compartir valores culturales.

En los desplazamientos masivos, generalmente, las personas son ubicadas en un mismo lugar, presentándose conflictos interpersonales que surgen en los grupos a raíz de la convivencia obligada y que afectan la dinámica familiar por la pérdida de la vida privada y por la incidencia de los líderes.

El impacto cultural es mayor si el cambio es del área rural a la urbana y si existe una gran distancia entre el sitio expulsor y el lugar de asentamiento. Frente a la situación de las personas desplazadas a Bogotá es de preverse, por la distancia cultural entre una zona rural y la capital del país, que no tendrían mayores posibilidades de una integración cultural; sin embargo, la tendencia va a ser que las personas asimilen la nueva cultura, es decir, que se vean forzadas a adoptar las costumbres, los valores y estilos de vida de la cultura bogotana.

"...la pérdida de una patria y de un imaginario colectivo fundamentan la tragedia de los emigrantes del planeta que huyen de la guerra, de las mil y una guerras"

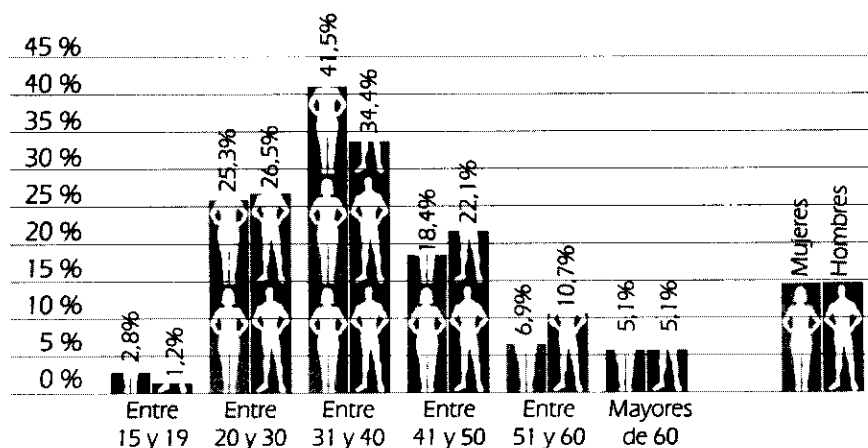
Juan Manuel Roca, poeta

En el interior de las familias, la llegada a un nuevo sitio provoca tensión a partir del cambio de los papeles parentales que se dan bajo la presión de las nuevas circunstancias que tienen que vivir. El cambio en los papeles masculino y femenino es un ejemplo de ello. Antes del desplazamiento, las mujeres se ocupaban del hogar; a raíz del mismo, pasaron a realizar actividades de economía informal como vendedoras ambulantes o a trabajar como empleadas domésticas.

Los hombres, por su parte, pasaron de ser en su mayoría productores agrícolas a dedicarse a actividades propias de la economía informal. Tales cambios hacen prever una dinámica distinta en el interior de la familia; posiblemente, el padre y la madre se concentren menos en el acompañamiento cercano en la crianza de los hijos (Gráfico 1).

JEFES DE HOGAR SEGÚN SEXO Y EDAD

Gráfico 1



Fuente: CODHES – SISDES

La estructura comunitaria, que era el soporte de las acciones coordinadas del grupo, se ve desarticulada en la mayoría de los casos. La articulación a nuevas estructuras comunitarias está mediada por la desconfianza en los seres humanos, por la experiencia de violencia, por el miedo a la estigmatización o las represalias, por la utilización del rótulo de “desplazado” para conseguir recursos y por interminables trámites institucionales que contribuyen con sentimientos de frustración, desesperanza y rabia. Una respuesta solidaria y eficiente, la reconstrucción de organizaciones previas de referencia y la articulación de redes facilitan la creación de esta nueva estructura comunitaria de referencia.

Otro aspecto a considerar dentro del impacto psicosocial hace referencia al generado en las organizaciones donde el conflicto se ha agudizado; en estos sitios, lo que se observa es la tendencia a que las organizaciones se debiliten internamente a raíz de los sentimientos de impotencia y las condiciones de inseguridad.

VARIABLES DETERMINANTES DE LA EVOLUCIÓN Y EL DESARROLLO DEL IMPACTO PSICOSOCIAL DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO

El impacto del desplazamiento se concibe dinámico y cambiante en el tiempo. Esta no es solamente una respuesta puntual condicionada por factores individuales, so-

ciales, y culturales, sino también un proceso que puede cambiar longitudinalmente en el tiempo dependiendo de los cambios en la interacción de estos factores. Es deseable que el producto final de esta interacción lleve a desarrollar capacidad de adaptación y resiliencia. A continuación se expresan algunas de las variables que influyen esta evolución longitudinal del impacto y que se mencionan como factores de riesgo y protectores.

1. Condiciones personales:

Se refiere a las características particulares de cada uno, relacionadas con su historia personal y familiar, el momento vital en el que sucede el desplazamiento y la estructura de personalidad misma. Estas variables, además de ser datos demográficos, deben ser entendidas como posiciones sociales desde las cuales los individuos pueden participar más o menos en la búsqueda de soluciones y en la obtención de todo tipo de recursos para su adaptación.

En cuanto a factores protectores, se considera la existencia de recursos personales psicológicos y de apoyo social que le permitan al desplazado superar situaciones relacionadas con la elaboración de duelos ante las pérdidas sufridas, la capacidad de ajuste a situaciones nuevas, y vínculos familiares y sociales estables.

Con respecto a factores de riesgo, se tiene presente que la persona haya experimentado pérdidas afectivas anteriores u otros hechos violentos y que no haya podido elaborar esta situación; una historia personal con relaciones familiares conflictivas o deterioradas; una estructura de personalidad que refleje dificultades de ajuste y adaptación, tendencias a la depresión y a la ansiedad o una historia de enfermedad mental.

2. Características de la comunidad en caso de desplazamiento masivo:

Como factores protectores se consideran que en la comunidad haya una tradición organizativa para la autogestión y el desarrollo comunitario, la existencia de símbolos que fortalezcan una identidad cultural, sus tradiciones religiosas y sociales, y la presencia de relaciones de vecindad y solidaridad.

Como factores de riesgo, se incluyen aspectos tales como la escasa tendencia a la organización por parte de la comunidad y los vínculos comunitarios frágiles. También puede ser relevante la exposición o experiencia previa de la comunidad a hechos de violencia política y violaciones de derechos humanos, y la vivencia de una dominación de parte de alguno de los actores armados. Ello puede generar

una fragmentación de las relaciones interpersonales, a raíz del miedo generalizado, el silenciamiento y la desconfianza.

3. Motivos del desplazamiento:

Se refiere a la vivencia directa o indirecta de hechos y conductas violatorias de los derechos humanos y del Derecho Internacional Humanitario. Una persona, familia o comunidad que es obligada a presenciar o vivir escenas de terror y barbarie que involucra torturas, masacres, asesinatos selectivos, desapariciones o secuestros, bombardeos o combates, antes de desplazarse, es más vulnerable que las que abandonan el lugar por amenaza, rumores, combates en la región, amenazas de reclutamiento a los niños y jóvenes por parte de los actores armados, restricciones de acceso a la alimentación o la salud, entre otras.

4. El sitio de llegada:

Hace referencia a las condiciones del sitio receptor. Son factores protectores que las personas lleguen donde familiares o amistades; la aceptación y no discriminación de la comunidad receptora y la similitud cultural entre el sitio de donde provienen y el sitio receptor. El lugar de llegada debe permitir condiciones de vida digna y no exponerse a condiciones precarias durante un tiempo largo, por ejemplo, el vivir en albergues, o en coliseos. La satisfacción de las necesidades básicas es fundamental para pensar en una recuperación psicosocial.

Como factores de riesgo se tienen en cuenta las pocas posibilidades de seguridad que ofrece el nuevo sitio para aquellas personas, en especial líderes, que suelen ser perseguidos hasta los nuevos lugares de llegada y las precarias condiciones del entorno socioeconómico y político de las comunidades o asentamientos receptores.

5. Las respuestas institucionales y sociales ante la situación de emergencia y de búsqueda de soluciones duraderas al desplazamiento:

Como factor protector se considera que las personas reciban una pronta ayuda humanitaria orientada a resolver necesidades de alimentación, abrigo, salud y educación para los jóvenes y niños. La ayuda institucional debe estar orientada a generar procesos organizativos que promuevan una reconstrucción del tejido social y de la identidad individual y colectiva con la participación activa de las comunidades en la identificación y la utilización de sus propios recursos culturales, sociales e individuales.

Las respuestas institucionales en redes permiten responder articuladamente a las diferentes necesidades de la población y asegurar condiciones mínimas de seguridad para procesos de retorno y reubicación.

Conclusión

El desplazamiento forzado es un fenómeno social y político que incumbe y afecta a toda la sociedad colombiana. El sufrimiento emocional de las personas en situación de desplazamiento debe ser reconocido por la sociedad en general y debe llevar a procesos de reparación psicosocial, económica y moral; de reconstrucción del tejido social; de superación de la impunidad y de restauración de los derechos vulnerados.

El impacto psicológico y social del desplazamiento es único para individuos y grupos ubicados en situaciones culturales, sociales y políticas específicas que deben ser tenidas en cuenta. El desplazamiento forzado es siempre indeseable y constituye un hecho violatorio de los derechos humanos. Sin embargo, una vez ocurrido, puede ser una experiencia de crecimiento y desarrollo individual y social, siempre y cuando las víctimas sean partícipes activos de su propio cambio individual y colectivo. Así mismo, la sociedad debe asumir la responsabilidad de favorecer la creación de contextos sociales y culturales y de derechos humanos que sean factores protectores y ayuden a los individuos a adaptarse exitosamente a sus nuevas circunstancias.

LOS DESPLAZADOS, UN PROBLEMA DE ACCESO A LA SALUD

*Amparo Laiseca
Médicos sin Fronteras, España*

Médicos sin Fronteras es una Organización No Gubernamental, ONG, de ayuda humanitaria y sanitaria que está en Colombia desde 1994 y trabaja con diferentes instituciones del área de la salud, especialmente en los departamentos de Cundinamarca, Caquetá y Putumayo. En los dos últimos años sus esfuerzos se han concentrado en la población vulnerable y en el desplazamiento por violencia o por razones económicas.

En Cundinamarca, específicamente en Soacha, Médicos sin Fronteras lleva a cabo un proyecto con 40 mil personas desplazadas que ya están en la etapa final del proceso, en el asentamiento. De otro lado, en Florencia, Caquetá, colabora con un barrio de desplazados recientes llamado Nueva Colombia, donde la gente llega cada día.

El patrón para ambos grupos, tanto nuevos como antiguos desplazados, es el mismo. Se trata de personas completamente desubicadas que vienen del medio rural a enfrentar el medio urbano hostil. Carecen de algún bien que puedan vender u ofrecer a cambio de los servicios básicos que necesitan para seguir viviendo y se acomodan, generalmente, en zonas de absoluta ilegalidad.

Las condiciones medio ambientales en las que viven los desplazados son precarias y las patologías que afectan su salud son claramente el resultado de estas situaciones. Sin embargo, el problema fundamental, en este aspecto, es que no tienen acceso a la salud y a pesar de todas las leyes bien intencionadas del gobierno colombiano, todavía se requieren otros esfuerzos.

Para Médicos sin Fronteras, el desplazamiento es un problema de salud pública por el impacto que produce en la sociedad en general y por la magnitud que ha alcanzado en Colombia. Las cifras son contundentes y debemos tener en cuenta que probablemente el número de desplazados es mayor al que señalan las estadísticas oficiales.

El impacto que tiene el desplazamiento sobre cada uno de los individuos afecta su salud mental y genera sufrimiento, dolor, inseguridad, desarraigo, pérdida del sentimiento de pertenencia, desempleo, condiciones de vida infrahumanas, falta de medios económicos, etc. Esta situación supone la violación de los principios fundamentales de las personas, tanto de sus derechos humanos, como económicos, políticos y sociales; es una infracción al Derecho Internacional Humanitario.

Algunos desplazados colombianos temen reconocer su condición por razones de seguridad personal. Se han presentado casos en los que las amenazas persisten después del desplazamiento; así las cosas, ellos prefieren estar en el anonimato y proteger sus vidas.

Por otra parte, otros afectados por la violencia desean ser certificados como desplazados para beneficiarse de la ayuda humanitaria, pero carecen de los medios necesarios para lograr ese carné, pues la mayoría de las personas no tienen documentos de identidad, ni los medios para obtenerlos.

Generalmente, los desarraigados desconocen los derechos que tienen y los servicios a los cuales pueden acceder. En el caso de la salud, existe un Plan Integral de Atención para ellos, pero sin la debida certificación no pueden acceder a ella y los hospitales y otros centros de salud les niegan asistencia.

Se insiste mucho en la necesidad de favorecer el ingreso del desplazado en el sistema general de salud, pero eso no se logrará mientras continúen vigentes las condiciones que se dan en la realidad. Por ejemplo, para que un individuo se integre al régimen subsidiado debe tener mínimo una cédula de ciudadanía, inscribirse en el censo municipal y acceder al SISBEN. En muchas ocasiones las autoridades responsables les solicitan desvincularse del SISBEN de la vereda de la que venían y esto lógicamente es imposible porque muchos de ellos tienen miedo de regresar. Todo esto impide que la población desplazada y, en general, la población vulnerable acceda a la salud.

Según la experiencia de Médicos sin Fronteras en Soacha y en Florencia, los tipos de patologías que más afectan a la población desplazada son las infecciones respiratorias agudas, las enfermedades diarreicas y el poliparasitismo intestinal.

En Soacha existe un grave problema de mala nutrición infantil que afecta prácticamente al 84% de todos los niños entre uno y cuatro años. También se encuentran entre adultos patologías somatizadas, por ejemplo dolor de cabeza constante, como resultado de sus problemas de adaptación, del estrés, de la ansiedad y de las depresiones que enfrentan.

Como organización que trabaja en Colombia, Médicos sin Fronteras tiene una profunda preocupación por el acceso a la salud de los desplazados y de toda la población en general. Dada la crisis económica por la que atraviesa el país y la violencia que vive, hace un llamado para que se tomen decisiones concretas y prácticas, que reduzcan los problemas de la población vulnerable en la medida de lo posible.

EFFECTOS PSICOSOCIALES DEL DESPLAZAMIENTO FORZADO EN LA POBLACIÓN INFANTIL Y JUVENIL

Leonardo Mantilla
Asesor INS

Jorge es un niño de trece años víctima de la violencia que cuenta, con sus palabras, su experiencia como desplazado. El relato no es el más dramático de los que se ha publicado, probablemente ninguno de ellos sea tan desgarrador y terrible como tan-

tas historias de hombres y mujeres desplazados en Colombia; no obstante, es un testimonio fresco, ingenuo si se quiere, pero contundente, de una realidad abrumadora.

“Cuando me acuerdo vuelvo a llorar” , Jorge de 13 años

Mis papás, mis hermanos y yo vivíamos en un lugar donde había pájaros, árboles, canarios, un río que había que cruzar en canoas y, por el otro lado de la casa, puro monte. Ese lugar se llama El Castillo. El clima era templado, por eso yo sólo me ponía camisa; por las noches tenía que dormir con cobija.

Nosotros no vivíamos en el pueblo sino en nuestra finca, teníamos vacas, árboles de mango, de naranja, de mandarina y de bocadillos. Había luz pero no teníamos televisor, a veces bajaba a donde mis amigos a ver los Caballeros del Zodíaco y otros programas de muñequitos.

Para conseguir el agua que necesitábamos se metía la manguera al río, le poníamos una piedra y la dejábamos cerca de la casa. Como no teníamos baño subíamos a la montaña. La casa era un cuarto pequeño para mi mamá, mi papá, mi hermanito y yo: cerca del cuarto quedaba la puerta para salir; mi papá hizo una cama de palo, le puso hartos costales y quedó la cama para nosotros.

Alrededor de la casa había una cerca y afuera estaban los becerros. Cuando mi papá, mi mamá, mi hermano y yo, íbamos a ordeñar las vacas dejábamos chupar teta un rato a los terneros y después los sacábamos para que no chuparan más; también había perros de monte, que son como lobos; por eso teníamos la cerca, para que si pasaban se murieran porque la cerca tenía corriente.

Desayunábamos leche con queso y mogolla; la mogolla la comprábamos en el pueblo, y el queso lo hacíamos nosotros. Uno pone a calentar una ollada de leche y después le echa una pasta de cuajo y lo deja un rato, hasta que se vuelva congelado; después se echa en un molde de madera, se estripa con un palo encima y se le ponen piedras hasta que sale el suero; se deja un rato, se saca, se envuelve y se vende. Mi papá y yo lo vendíamos en el pueblo y en otras fincas por las tardes.

Todos los días me levantaba temprano, me bañaba en el río, después cogíamos las vacas porque a veces las dejábamos fuera del corral, las metíamos, les amarrábamos las patas y las ordeñábamos. Por la noche le decía a mi papá que me dejara ir donde mis amigos para ver televisión y él dejaba que me quedara a veces.

Yo tenía un caballo que se llamaba Cisne, yo le puse así. Un señor del pueblo era amigo de mi papá y estaba criando hartos caballos, todos potrancos. Mi papá le dijo que si le ayudaba a amansarlos; entonces él amansó a Cisne primero y el señor se lo regaló. Le pusimos Cisne porque era todo grisecito; entonces, el señor le dijo a mi papá que buscara una yegua y él encontró una toda coloradita que era la compañera de Cisne. Me gustaba montar a caballo casi todos los días, bajaba a la carretera y corría; a veces me paraba en la cerca y arribaba el caballo y él empezaba a levantarme; como él era alto me iba a bajar mangos y mandarinas, me paraba en el anca y él no se asustaba; a veces, lo soltábamos por ahí y no se escapaba; él era mi mejor amigo. Cuando nos fuimos a venir, mi papá se lo dio al señor que se lo había regalado; yo lloré. Mi papá se lo vendió y la yegua la dejó en el corral con los becerros y las vacas; también dejó la casa sola, le dijo al señor que fuera todas las mañanas y las ordeñara y que bajara lo que quisiera de los arboles.

Allí casi no tenía amigos, en las otras fincas había más niños pero quedaban bien arriba; cuando cruzaba por ahí yo me quedaba jugando a las escondidas, al caballo, íbamos al río a pescar con nylon y anzuelo de carnada, poníamos grillos, lombrices o caracoles. A los pescados que uno sacaba les quitaba las tripas; había cachamas y otros pescaditos. A veces iba solo y otras bajaba al pueblo y nos reuníamos todos a pescar; lo que cogíamos lo repartíamos.

Cuando no había nada que hacer, nos íbamos con mi papá a cazar pájaros; era mejor ir de noche porque los pájaros estaban dormidos. Mi papá cazaba con escopeta y yo con cauchera; después, les quitábamos las plumas con agua caliente, se arreglaban por dentro y se fritaban para comer.

Yo no estudiaba, no había escuela cerca, ni siquiera en el pueblo por que no había material para hacerla; mi papá y mi mamá me enseñaron a leer y a escribir cuando tenían tiempo libre, también le enseñaban a mi hermano y a mi hermanito pequeño.

Salimos de allá porque a mi papá lo estaban amenazado que lo iban a matar; entonces, él dijo que nos fuéramos. Mi mamá empacó las cosas y nos fuimos de noche; dejamos todo. Primero fuimos a Roncesvalle que es un pueblito con tres casas, ahí había un señor que le debía plata a mi papá pero no se la pagó. De ahí salía un carro para Icononzo, donde vivía una amiga de mi mamá; hasta allá llegaron los hombres que estaban buscando y amenazando a mi papá, le dijeron que se fuera del país;

yo no sé por qué lo amenazaban, ni quiénes eran. Ellos llegaban a donde nosotros íbamos, nos seguían. Me dio pesar dejar todo abandonado, lloré mucho; mi papá me dijo que de pronto él iba y traía el caballo de por allá. Todavía sueño con la finca, que estoy con Cisne.

A veces cuando me acuerdo vuelvo a llorar. En Icononzo duramos unos días y nos vinimos para Bogotá, a los Altos de Casucá. El viaje duró un día y una noche; llegamos a donde mis abuelos que siempre habían vivido en Bogotá. Mi papá les había avisado. Yo nunca había venido a Bogotá, nací en el Llano y siempre estuve allá.

Mi papá consiguió trabajo de celador, mi mamá se quedaba en la casa y mis hermanos y yo salíamos a la calle. Para comer, uno iba a donde una tía, otro donde la abuela y mamá y yo a donde otra tía; a mí siempre me ha gustado andar con mi papá, lo quiero mucho, pero desde hace mucho tiempo no está en la casa, no sé en donde está, no he podido hablar con él; mi mamá dice que se fue porque lo seguían amenazando. Ella se fue hace algunos días, con mi hermano pequeño, porque una moto atropelló a mi abuelo, le lastimó un pie y está grave; por eso ahora vivo con mis dos hermanos mayores y mi abuela.

Yo no la voy bien con mi abuelo, él es muy bravo; uno no puede decir nada porque comienza a regañar. Un día me pegó y me dejó todo morado; ahora, cuando él me pega, mi hermano me defiende; mi mamá ya sabe y está brava con él.

Con mi mamá la voy bien, con mi hermano mayor nos peleamos mucho, en cambio con mi hermana no, todas las mañanas me consiente, me levanta y me alista la ropa para ir al colegio; mi mamá dijo que mi papá está trabajando para comprar unos palos, hacer la casita y salirnos de donde mis abuelos porque allá no estamos bien, pero hace días llegaron los señores que lo estaban amenazando y mi papá se fue creo que para donde la mamá de él, a ayudarle a recoger plátano.

Bogotá me pareció bonita, desde que llegué me gustó casi todo, pero extraño los animales; además, donde vivimos ya no hay tanto espacio para jugar, casi no hay palos de mango, me gusta lo que hacía y me gustaría volver.

El barrio donde vivo es peligroso; de noche salen muchachos con cuchillos y pistolas. Allá tengo novia; es linda; nos vemos todos los días cuando llego del colegio y vamos a jugar al papá y a la mamá. También, juego con una perra que es de nosotros pero mis abuelos no la dejan entrar. Ahora veo más televisión porque donde mis abuelos hay un

televisor; además, no tengo nada que hacer y me gusta.

Sólo tengo un juguete, un carro que nada más tiene una llanta. En los noticieros veo los accidentes y otras cosas que me dan miedo, como cuando el Ejército se enfrenta con la guerrilla. Yo creo que ellos son gente mala y quieren acabar con el país. Si ellos dejaran de pelear, se dan la mano y construyen la paz, entonces la gente viviría chévere y no habría tanto muerto.

Me gusta venir al colegio porque es chévere y uno hace más cosas. Primero fui a una escuela, en Altos de Casucá; entré a primero. Allá hice unos amigos con los que jugaba fútbol. Ahora me da pereza levantarme todos los días tan temprano, caminar para coger el carro hasta la autopista y después coger el bus hasta el colegio; cuando sea grande quiero ser como mi papá, quiero tener una finca con hartos caballos o ser como esos que salen en televisión manejando carros, pero después de que termine el colegio.

Si pudiera pedir tres deseos pediría que mi abuelo no sea bravo, que le devuelvan la plata que le deben a mi papá y que no lo amenacen más.

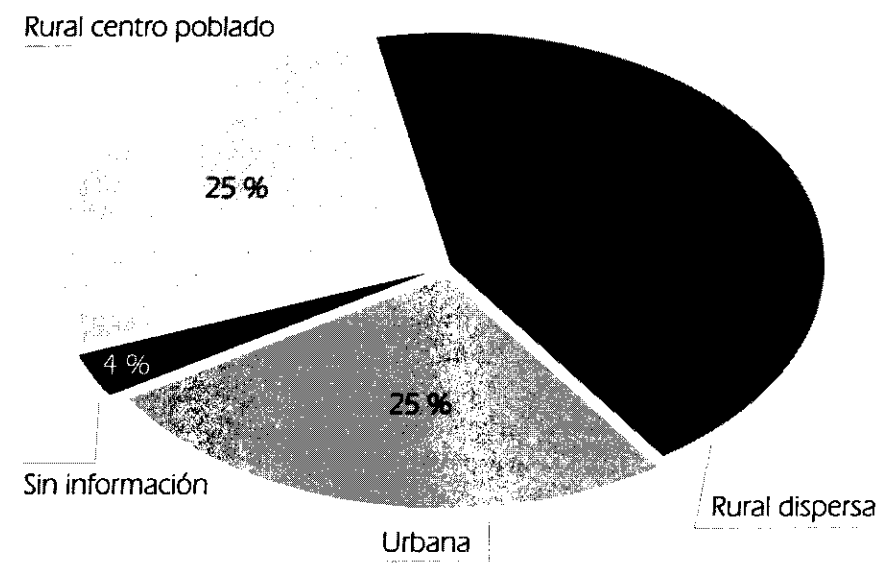
El verdadero desafío que enfrenta Colombia en relación con el problema del desplazamiento forzado, además de su prevención –obviamente– es **poder comprender y responder en forma integral** a la gran cantidad de necesidades y problemas de las poblaciones desplazadas por el conflicto armado interno. Este ha sido un factor crítico en el terreno de los efectos psicosociales, especialmente para las intervenciones desde el sector salud, en las que desgraciadamente con frecuencia se sigue pensando sólo en términos de enfermedades físicas, medicinas, campañas e intervenciones en crisis. Como ha afirmado Cecilio Adorna de UNICEF, en el documento *Coalición Nacional – Conflicto Armado y Niñez en Colombia*: «...históricamente, durante los conflictos se ha prestado mayor atención a la vulnerabilidad física de los niños pero se ha dado escasa atención a su miedo, a su dolor, a su angustia y cuando se les ha tratado se ha hecho dentro de un enfoque clínico psiquiátrico...»

En Colombia los niños, niñas y jóvenes, sin excepción, sufren el impacto de la guerra, crecen en un país atravesado por una cotidianidad de muerte y arbitrariedad. Sin embargo, aquellos que han sido desplazados por la violencia son afectados de manera particular, pues a diferencia de los demás, enfrentan situaciones múltiples y simultáneas, todas violatorias de sus derechos y padecen las diversas formas y expresiones de violencia –política, social e intrafamiliar– en medio de la pobreza y la desprotección de las instituciones.

Comprender la verdadera magnitud del problema del desplazamiento forzado en la población infantil y juvenil de Colombia, **que representa más o menos un 70% del total de desplazados a la fecha**, implica reconocer que han sido tanto espectadores de la guerra, como sus protagonistas. Saben de la violencia más de lo que dicen los noticieros o cuentan los vecinos, porque han crecido en medio del conflicto. Han presenciado masacres y quema de viviendas. Algunos de sus familiares han sido asesinados; otros han cometido crímenes que han sido presenciados por ellos/ellas; han padecido la zozobra de los bombardeos y las incursiones armadas.

AREA DE EXPULSIÓN

Gráfico 2



Fuente: CODHES

La población infantil y juvenil desplazada ha sido socializada para sobrevivir en la guerra. Proviene de zonas (Gráfico 2) en las que el conflicto armado ha generalizado la violencia y la barbarie. Lamentablemente, han observado que la guerra, el asesinato, la violencia intrafamiliar, el narcotráfico, la mentira y la crueldad son expresiones legítimas que hacen parte del ser hombre o mujer en este país. La honestidad, la resolución no violenta de los conflictos, la tolerancia o la ternura son valores y actitudes alejadas tanto de su realidad como de la necesidad imperante de sobrevivir.

Todos han sufrido pérdidas abruptas y significativas de sus espacios vitales, de seres queridos y de sus pertenencias y «señales distintas», como Cisne, en el caso de Jorge.

Comprender el verdadero drama de los niños, niñas y jóvenes colombianos en situación de desplazamiento que llegan a los centros urbanos también significa saber que enfrentan múltiples situaciones que causan un impacto significativo en sus vidas en general. Algunas de las más importantes son las siguientes:

1. La situación de desplazamiento casi siempre está asociada con un deterioro grave en la calidad de vida de los individuos y las familias (Gráfico 3) y con dificultad o imposibilidad para satisfacer necesidades humanas fundamentales como las de subsistencia, protección, afecto, participación e identidad.

En consecuencia, la evaluación del impacto del desplazamiento en la vida de niños y niñas no puede centrarse exclusivamente en los acontecimientos violentos o episodios traumáticos que hayan sufrido en el pasado. Su salud, bienestar integral y posibilidades de crecimiento y desarrollo personal dependen también –y, en ocasiones, mucho más– de las condiciones actuales de vida.

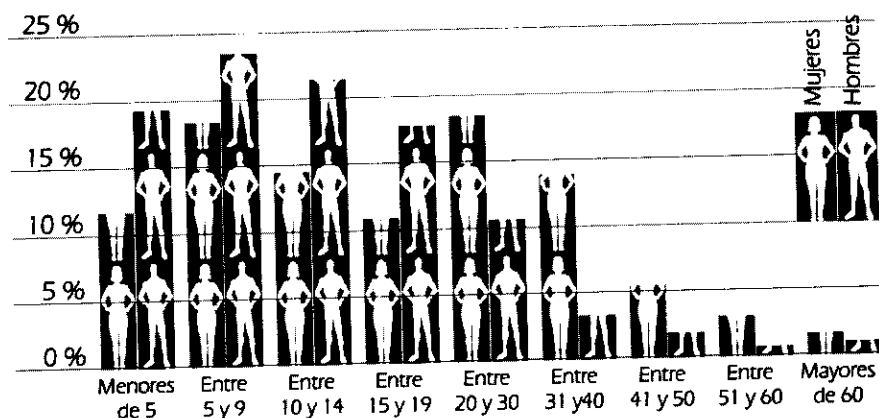
El desplazamiento forzado, con la consecuente pobreza y falta de oportunidades que lo caracterizan, puede desencadenar nuevas condiciones de adversidad y mayor vulnerabilidad en las personas y las familias. Diversos autores han advertido sobre el efecto acumulativo de la adversidad, es decir, mientras más dificultades enfrente un niño, menos posibilidades tendrá de superar con éxito lo ocurrido.

El deterioro de la calidad de vida de los padres puede asociarse con los siguientes factores negativos adicionales en la vida de los niños desplazados:

- **Vivienda en condiciones de hacinamiento y saneamiento ambiental deficiente**, lo que aumenta significativamente la probabilidad de sufrir accidentes en el hogar y de contraer enfermedades, especialmente infecciosas. Se sabe, además, que en condiciones de hacinamiento, carencia de espacio suficiente y de servicios domiciliarios, existe «una mayor tendencia a la falta de armonía conyugal, los problemas de salud mental y el maltrato infantil».
- **Desnutrición y otros problemas de salud**, asociados con la falta de recursos para comprar alimentos, de educación sobre su valor nutricional y de acceso oportuno a los servicios de salud preventivos y curativos. La desnutrición

Gráfico 3

OTROS MIEMBROS DEL HOGAR SEGÚN SEXO Y EDAD



Fuente: CODHES - SISDES

puede originar retrasos en el crecimiento y el desarrollo infantil, aumentar la susceptibilidad de los niños a las infecciones e impedir que se beneficien de la escolaridad por falta de atención y concentración y por ausentismo frecuente.

Dificultad para acceder oportunamente a servicios sociales básicos como educación y atención en salud. A pesar de las disposiciones consignadas en la Ley 387 de 1997, el problema del desplazamiento en Colombia ha rebasado la capacidad del estado y sus instituciones para responder, en forma oportuna y con calidad, a los problemas y necesidades de las personas en situación de desplazamiento.

Las dificultades educativas de los niños son especialmente críticas. Una investigación realizada hace más de un año por UNICEF, la Universidad del Bosque y CODHES, demostró, por ejemplo, que de casi 32.000 niños desplazados en el último año a la ciudad de Bogotá, sólo el 23% estaba estudiando. De los 24.640 que no asistían al colegio en el momento de la encuesta, 49% informó que se debía a dificultades económicas de los padres, el 25% por falta de cupos, el 9% porque la edad del niño no correspondía a la establecida por la Secretaría de Educación del Distrito y el 17% restante adujo otros problemas, incluidos los de salud, la falta de documentos de identidad y

el temor al rechazo de los miembros de las comunidades educativas receptoras.

• **Deficiencia de espacios de socialización adecuados.** Los barrios a los que pueden llegar las familias en situación de desplazamiento tienen una infraestructura precaria y carecen de programas y espacios adecuados para la recreación y la socialización. En estas condiciones, el encierro o la calle son las únicas alternativas disponibles.

• **Cambios frecuentes de domicilio, de colegio y de las personas con quienes se convive, en especial de los adultos responsables de brindar afecto y protección.** Con frecuencia, las familias en situación de desplazamiento que llegan a las grandes ciudades se convierten en nómadas en busca de oportunidades de subsistencia; otras deben seguir huyendo porque quienes los expulsaron aún los persiguen o porque aparecen nuevas razones para temer por su vida o su integridad.

• Los adultos arrastran a los niños y los jóvenes de barrio en barrio o de casa en casa. Recurrentemente los niños pierden a los amigos, al grupo de pares, a los maestros –con quienes quizá ya habían logrado establecer algún vínculo– y los lugares que comenzaban a volverse familiares en medio del exilio. Esta inestabilidad aumenta el desarraigo y dificulta el proceso de adaptación psicosocial.

2. El desplazamiento está invariablemente asociado con fragmentación, destrucción y recomposición de las redes familiares y sociales de apoyo.

Habitualmente, la situación de desplazamiento origina cambios importantes en la dinámica familiar que, en muchas ocasiones, inciden en el desarrollo de nuevos problemas psicosociales, individuales o familiares. Las formas de vida urbana y las condiciones particulares de la ciudad exigen cambios y recomposiciones de la familia que, sin duda, afectan a niños y jóvenes.

3. El desplazamiento rompe el tejido social y menoscaba los valores y las formas tradicionales de creación, apropiación y transmisión de la cultura.

La llegada a lugares nuevos, generalmente ciudades grandes e intermedias con formas y estilos de vida extraños y distintos a los acostumbrados, produce impactos en las identidades personales y sociales de los sujetos afectados. El éxodo

implica la desestructuración de las redes sociales establecidas con familiares, vecinos y amigos en los lugares de origen, el desarraigo del entorno querido y con significado histórico, y la pérdida del sentido y de la forma particular y aprendida de vivir la cotidianidad.

Por otra parte, el desplazamiento representa una nueva confrontación a los valores de la población infantil. Los niños y jóvenes en situación de desplazamiento, en su mayoría de origen campesino y despojados de muchos de sus elementos que les conferían identidad, deben aprender a sobrevivir a las atracciones y espejismos de la sociedad de consumo típica de las grandes ciudades, casi siempre inalcanzables para ellos y ellas.

En la lucha por sobrevivir en la ciudad, la vida del campo ya no es una referencia clara para la formación de identidad e interiorización de valores. Lo que ofrece la ciudad también resulta confuso, ambiguo o atemorizante. Para los jóvenes, enfrentar esta situación es más difícil que para los niños, porque el desarraigo y la necesidad de adaptación al medio urbano se producen justo en medio de la crisis propia de la adolescencia, con sus características búsqueda de identidad y necesidad de aceptación.

El alcoholismo, el consumo de sustancias psicoactivas, el ingreso a pandillas y la delincuencia son algunos de los problemas sociales prevalecientes en los barrios pobres en los que vive la mayoría de desplazados colombianos. Estos fenómenos representan situaciones de riesgo para los jóvenes de origen campesino que necesitan parecerse a los de su edad, tener amigos y socializar, ocupar el tiempo libre y encontrar nuevas fuentes de reconocimiento social y autoestima.

Frente a situaciones como las mencionadas, la respuesta humana «normal» se caracteriza por una amplia gama de manifestaciones emocionales que incluyen tristeza, ansiedad, irritabilidad y síntomas somáticos, entre otras. Sin embargo, **es fundamental abstenerse de considerar como patológica la respuesta natural de los seres humanos ante las crisis** y diferenciar los casos de verdaderos trastornos o enfermedades mentales, de los síntomas aislados o manifestaciones de malestar emocional que no constituyen un trastorno como tal.

Es necesario recordar que en niños y adultos la respuesta individual frente a experiencias violentas como la guerra y el desplazamiento depende de diversos factores relacionados con la edad, las características específicas de la situación violenta y la

presencia o ausencia de factores de riesgo y protectores. Es por ello que cada caso debe evaluarse en forma individual.

Creo que es acertado decir que en los niños y jóvenes muchas de las secuelas inmediatas del desplazamiento forzado, aunque quizá no todas, son superables a corto o mediano plazo, siempre y cuando tengan acceso a las condiciones mínimas de calidad de vida y bienestar integral que les permitan recuperarse. No sobra hacer énfasis en que niños, niñas y jóvenes necesitan, en primer término, la presencia de sus padres u otros adultos que les puedan brindar afecto, apoyo y cuidados en forma estable.

Además de la compañía y protección de los padres, requieren satisfacer otras necesidades humanas fundamentales y oportunidades para elaborar emocionalmente las experiencias que han vivido.

No obstante, más allá de la falta de educación y oportunidades de una vida digna, de los problemas de salud física y de las reacciones emocionales inmediatas, creo que es muy grave que sigamos perdiendo de vista preguntas e inquietudes como estas: ¿Cuáles son las verdaderas consecuencias de que tantos niños, niñas y jóvenes colombianos estén creciendo en esta cultura de la violencia, en donde la sevicia y la barbarie son formas cotidianas de resolver los conflictos? ¿Cuál será, entonces, el efecto sobre las futuras generaciones?

Puedo afirmar, sin temor a equivocarme, que interrogantes como estos requieren mucha más investigación social y epidemiológica que finalmente nos permita, en las palabras de García Márquez, «...canalizar hacia la vida la inmensa energía creadora que durante siglos hemos despilfarrado en la depredación y la violencia, y nos abra al fin la segunda oportunidad sobre la tierra que no tuvo la estirpe desgraciada del Coronel Aureliano Buendía...»

LINEAMIENTOS DE ATENCIÓN PSICOSOCIAL A LA POBLACIÓN DESPLAZADA POR LA VIOLENCIA

María Inés Bohórquez Luque
Grupo de Desarrollo de la Oferta, Ministerio de Salud

El Gobierno ha diseñado y puesto en marcha un Plan Integral en Salud que busca dar respuesta a los múltiples factores que aquejan a la población desplazada en todo lo relacionado con la salud física y la salud mental. Cuando se inició este Plan bási-

camente se dio atención ambulatoria, clínica y de hospitalización; no se cubría la atención psicosocial, aunque no eran desconocidos para nosotros los efectos que produce en la salud mental el problema del desplazamiento.

En vista de la gran cantidad de afectados por la violencia y de su incidencia en la población en general, hace tres años el Ministerio de Salud desarrolló unos lineamientos de atención psicosocial que permiten detenernos en las problemáticas mentales que están surgiendo en estos grupos.

Para elaborar este modelo integral se hizo una revisión de la literatura de varios países que han estado en situaciones de guerra y han afrontado el fenómeno de los refugiados, notando que las intervenciones psicosociales tenían ciertos factores en común, pero no un consenso claro de lo que significa ese tipo de trabajo con la población desplazada. La diversidad de enfoques que se encontraron no estaban unificados conceptualmente sobre cómo abordar la problemática psicosocial de los afectados.

Por otro lado, las experiencias que se llevaban a cabo en países como, por ejemplo, Mozambique, no eran adaptables a nuestro entorno porque el problema de violencia en Colombia es más complejo, cuenta con varios actores involucrados y la crueldad que se manifiesta deja secuelas muy severas. Adicionalmente, el perfil psicosocial y epidemiológico de los afectados nacionales es totalmente diferente al de los habitantes del exterior.

Finalmente, se observó que en las acciones realizadas tanto en otros países como en Colombia había una ausencia de sistemas de evaluación e impacto confiables y por ende estandarizados. Así que, en definitiva, no existía un modelo estándar que pudiéramos seguir para desarrollar el trabajo psicosocial.

En Colombia, era palpable la tendencia de ver desde el punto de vista patológico, las respuestas humanas que se dan ante la situación de miedo y de desplazamiento, como son la ansiedad y la tristeza. Este panorama demostró la necesidad de implementar un modelo integral de salud que cubriera otro tipo de acciones, con profesionales del área social que junto con psicólogos, médicos y psiquiatras permitieran conformar un equipo interdisciplinario.

Para llegar a los lineamientos del Plan de Salud, fue necesario estudiar causas estructurales asociadas con la violencia socio-política de nuestro país, las cuales per-

sisten aún después del desplazamiento, al igual que las condiciones de inequidad social y económica, la impunidad, la deficiencia de la justicia y las disputas territoriales.

El perfil de los desplazados es demasiado amplio y heterogéneo, aunque coinciden algunas características como el desempleo, la mala remuneración, la falta de educación, el poco acceso a los servicios de salud, el deterioro de la calidad de vida y la escasa ayuda humanitaria.

Con este panorama y apoyado por la experiencia de un estudio psicosocial que se hizo en el municipio de Soacha con la fundación Amor, el Ministerio de Salud creó una propuesta con lineamientos generales propios de nuestro país. Esto es importante porque en salud no existe un modelo de atención psicosocial; hay que establecerlo de acuerdo con las necesidades y características de cada población.

El objetivo del programa de atención social es facilitar y humanizar el proceso de adaptación psicosocial de la población desplazada por la violencia. Para ello, desde el punto de vista conceptual, se proponen dos visiones importantes del ser humano, una holística y otra integral.

La visión holística identifica en el individuo sus niveles biológicos, emocionales, sociales, espirituales y culturales. Estos últimos se consideran fundamentales para abordar el problema del desplazamiento y crear modelos de atención que asimilen la salud mental con mayor cobertura.

La visión integral es otra premisa que se adapta al novedoso esquema de salud y consiste en que el equipo interdisciplinario trabaje como un todo los múltiples fac-

**"Dicen quienes van por los
Montes de María, al sur de
Bolívar, lo mismo que dicen los
que van al Urabá antioqueño:
que se cuentan por miles los
desplazados... pierden el con-
tacto con familiares y amigos.
Conservan su lengua materna:
un lenguaje de miedos. Conser-
van su propia cultura: la del
desasosiego. Un mapa movedi-
zo, un hormigero de gente sin
techo, extranjeros en su país,
outsiders a la fuerza. Ni *jus
sanguini* (derecho de sangre) ni
jus soli (derecho de la tierra),
para estos colombianos cuyo
único status es el de parias que
conforman el mapa movedido
más grande de América"**

Juan Manuel Roca, poeta

tores que agravan las problemáticas psicosociales y de salud mental, entre ellos el empleo, la vivienda y la educación.

Modelo psicosocial colombiano

Como respuesta a la delicada crisis del desplazamiento en Colombia y a sus efectos en la salud mental de los desplazados, el Ministerio de Salud propone un nuevo modelo de atención en el cual el factor psicosocial contribuya a solucionar las problemáticas mentales partiendo de los siguientes aspectos:

Enfoque sistémico: se trata de comprender y asimilar la realidad desde una perspectiva integral que tenga en cuenta todas las redes que conforman las relaciones del individuo.

Focalización: es indispensable identificar las necesidades particulares de la población y el perfil psicosocial de sus habitantes para diseñar y ofrecer el tipo de servicio y de atención de acuerdo con sus requerimientos.

Enfoque de riesgo: para toda acción que se desarrolle en el ámbito psicosocial es necesario que se identifiquen los factores protectores y de riesgo que inciden en la respuesta de la población.

Enfoque de salud mental: que se observe, no sólo la atención clínica y la respuesta de patologías, sino también el aspecto psicosocial hacia el fomento y la recuperación.

La intervención en el modelo psicosocial tiene que ser individual, para ayudar a las personas a trabajar en su proyecto de vida según sus necesidades. Los núcleos familiares y la reconstrucción del tejido social son puntos focales que en este aspecto se debe trabajar.

Componentes de la atención psicosocial

Dentro de los lineamientos de atención psicosocial planteados por el Ministerio de Salud como respuesta a las necesidades de nuestro país, se desarrollan los siguientes componentes:

1. **Promoción de la salud y prevención integral.** Se trata de acciones generadoras de mecanismos de protección entre las que se desarrollan actividades relacionadas con el fortalecimiento de redes sociales de apoyo y con patrones culturales. Esto se trabaja actualmente en varias regiones del país donde se ha encontrado que las diferentes etnias y grupos tienen un manejo particular de sus duelos y de las consecuencias emocionales generadas por la violencia y el desplazamiento forzado.

Entre los esfuerzos por tratar adecuadamente el impacto psicosocial de los desplazados hay que tener en cuenta la prevención de la violencia intrafamiliar y del maltrato infantil, la resolución pacífica de conflictos y el fomento tanto de la educación como de la salud.

Está comprobado que las actividades de recreación, deportes y desarrollo artístico intervienen favorablemente en el tratamiento psicosocial. Esa utilización del tiempo libre hace que niños y jóvenes se mantengan al margen del consumo de alcohol y de sustancias psicoactivas.

El equipo interdisciplinario que lleva a cabo los lineamientos del modelo propuesto por el Ministerio de Salud incluye entre sus acciones asesorías para prevenir enfermedades de transmisión sexual, entrenamientos de madres comunitarias y facilitadoras del desarrollo psicosocial infantil, y capacitación en el uso de herramientas metodológicas como la del Niño a Niño, Joven a Joven y de desarrollo psicoafectivo.

Finalmente este componente de promoción de la salud busca que la población desplazada, una vez haya logrado su reasentamiento, se afilie al sistema general de seguridad social.

2. **Fomento y recuperación de la salud mental.** El propósito es realizar intervenciones terapéuticas individuales y colectivas; para ello se valora el estado de la salud mental de los diferentes grupos de población, se hace un diagnóstico y se llevan a cabo intervenciones psico-terapéuticas tanto psicológicas como psiquiátricas individuales, de pareja, de familia y de grupo.
3. **Organización social y desarrollo comunitario.** Hay que tener en claro cuál es el diagnóstico de las necesidades psico-sociales, según se trate de niños, jóvenes, adultos o personas de la tercera edad.

En este componente se desarrollan análisis socio-demográficos de las familias, actividades de trabajo social, coordinación de la ayuda humanitaria nacional e internacional y remisiones con otras instituciones locales o nacionales.

En cuanto a la estabilización socio-laboral, se busca coordinar con otros sectores el apoyo necesario para asesorar a los desplazados en el diseño y la puesta en

marcha de iniciativas productivas individuales o asociativas que puedan ser financiadas por diferentes instituciones.

4. **Coordinación interinstitucional e intersectorial.** El modelo impulsa el acercamiento entre los diferentes sectores a través de acuerdos y convenios interinstitucionales que otorguen atención integral a la población desplazada. El trabajo en este aspecto se concentra en la coordinación de la red de apoyo interinstitucional, la organización de mesas de reflexión y la participación permanente y activa en los comités municipales de atención a desplazados.

Dificultades y limitaciones en la implementación del modelo de atención psicosocial

Registro de la población. Para que un desplazado tenga acceso a los servicios de salud las instituciones del sector público le exigen un certificado de registro que expide la Red de Solidaridad. Por múltiples razones, en algunas ocasiones, este requisito se convierte en una limitante para ser atendido.

Acceso a los programas de atención psico-social. Por dificultades económicas, en muchas ocasiones la población no puede transportarse para recibir los beneficios del programa de salud, así que ha sido necesario crear equipos extramurales que lleguen directamente al lugar donde se encuentra localizada la población.

Expectativa asistencialista. En la población de desplazados se percibe todavía al estado asistencialista que otorga subsidios tangibles. Al conocer la realidad de los programas, las expectativas cambian porque se dan cuenta que no tendrán beneficios materiales.

Modelo tradicional de salud mental. Romper lo que tradicionalmente se consideraba como el esquema del tratamiento de la salud mental no ha sido fácil, pues se han encontrado, sobre todo en los hospitales mentales, resistencias a aceptar el nuevo modelo de salud mental del Ministerio de Salud, lo cual ha dificultado su implementación.

Concretar y coordinar compromisos institucionales. La dificultad para concretar estos compromisos ha sido evidente, pues el nuevo modelo rebasa las competencias del sector de la salud y eso ha llevado a la ausencia de compromisos entre sectores.

Incremento del desplazamiento. El fenómeno del desplazamiento es creciente en Colombia y las acciones que lideran tanto el Ministerio de Salud como las ONG quedan cortas frente a la magnitud del problema.

Logros del Modelo de Salud en Colombia

Por primera vez, Colombia inicia la atención de las necesidades de salud mental de los desplazados a través de un modelo de atención psicosocial creado de acuerdo con las características propias de la población, su cultura y costumbres.

Actualmente, el modelo implementado por el Ministerio de Salud se lleva a cabo en diferentes regiones del país que están gravemente afectadas por el problema del desplazamiento, entre ellas Magdalena Medio, Atlántico, Tolima, Norte de Santander y Cundinamarca.

4

5

6

7

8

9

DISEÑO DE UNA PROPUESTA DE SISTEMA DE VIGILANCIA EN SALUD PÚBLICA PARA LA POBLACIÓN DESPLAZADA EN COLOMBIA

La población de desplazados en Colombia ha presentado un aumento sin precedentes en el país en los últimos años. Las nuevas circunstancias que enfrentan las víctimas de la violencia una vez han abandonado sus residencias no son fáciles: carecen de necesidades básicas, tienen problemas económicos, no cuentan con un lugar estable para vivir y están propensos a enfermedades, convirtiéndose en uno de los grupos sociales más vulnerables y con mayores dificultades tanto para ser reconocidos como para ser vigilados.

No existe un modelo único, brindado por un solo actor, que aporte soluciones definitivas para superar la situación enfrentada por los desplazados, razón por la cual es necesario estudiar alternativas adaptables a nuestro medio que poco a poco identifiquen los caminos más idóneos a seguir y cuente con la participación activa de todos los actores involucrados, para asegurar un estado de salud, definido por la OMS como **el estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.**

En busca de aportes que permitan alcanzar un completo bienestar para la población desplazada, el Instituto Nacional de Salud ha diseñado una propuesta orienta-

da a implementar el sistema de vigilancia en salud pública dirigido a este segmento de la población colombiana que se encuentra en etapa de transición, como parte del Sistema de Vigilancia en Salud Pública Nacional (SIVIGILA).

Como todo sistema de vigilancia implica recolección sistemática, análisis e interpretación de datos sobre eventos específicos de salud, que permita la planeación, la implementación y la evaluación de los programas de salud pública, en el marco del perfil epidemiológico de la población desplazada.

De acuerdo con el modelo, cada municipio deberá conformar una red de información que identifique los problemas de salud de las personas que se encuentran en situación de desplazamiento. Una vez conocidas las afecciones que causan malestar en la población, se pondrá en marcha un plan de seguimiento y evaluación de forma continua, acorde con las necesidades vigentes.

Con base en esta información, se elaborarán los planes de atención básica, inscritos dentro del plan local de salud y del plan de desarrollo municipal, lo que permitirá tomar las decisiones acordes con las necesidades de la población, entregando al alcalde una herramienta útil para su gestión.

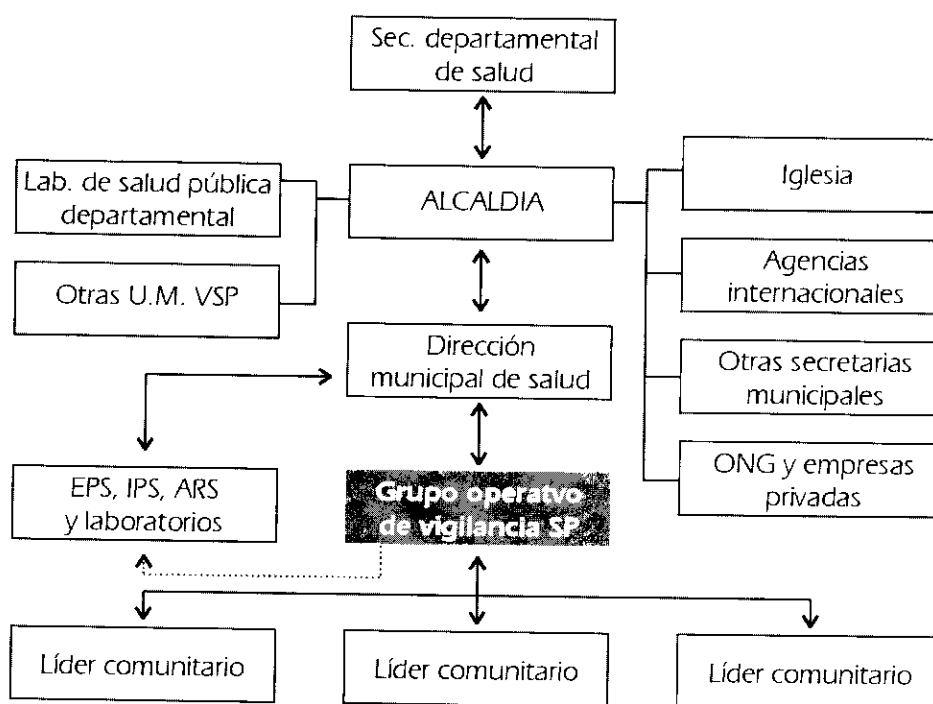
Paralelamente, se deberá realizar un trabajo con la comunidad, iniciando procesos de sensibilización y capacitación para que den prioridad a sus problemas de salud y se concienticen sobre la importancia de la notificación, además de cómo pueden evitarlos, reconocerlos y consultar a tiempo por ellos. Este procedimiento facilitará que la atención médica sea oportuna, pues los profesionales de la salud están sobre aviso y preparados para atender los casos que puedan presentarse.

El objetivo del Sistema de Vigilancia en Salud Pública para Población Desplazada será garantizar la detección y la notificación oportuna de los eventos objeto de vigilancia con base en la comunidad.

El sistema de vigilancia estará compuesto por los siguientes actores:

Líderes comunitarios. Son personas esenciales en la recolección de la información. Los desplazados en su mayoría no quieren ser identificados y no están dispuestos a hablar con desconocidos y, por lo tanto, prefieren que un líder de su comunidad sea su interlocutor, quien colabore con las autoridades sanitarias y facilite los datos importantes de la población.

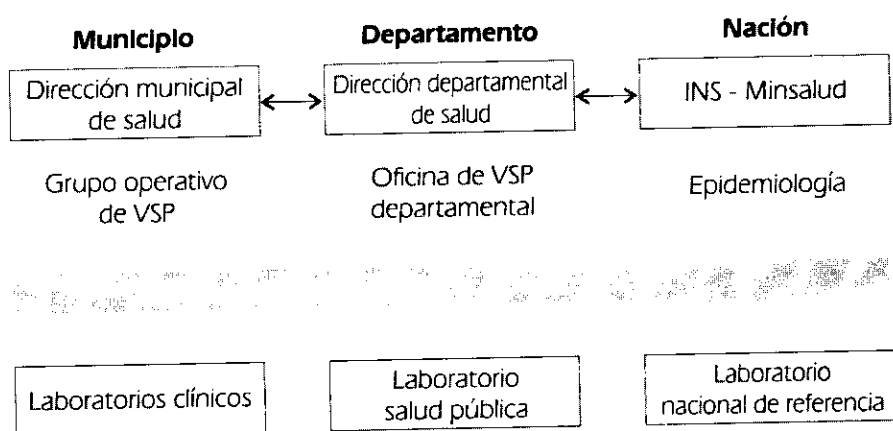
ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE VIGILANCIA A NIVEL MUNICIPAL



Serán individuos cuidadosamente seleccionados por su liderazgo y aceptación por parte de la comunidad; cada uno de ellos tendrá una asignación sectorial por la cual se hará responsable. Serán capacitados para que realicen la recolección de la información sociodemográfica básica (número de niños, embarazadas, ancianos, discapacitados, etc.), igualmente, para el levantamiento de un mapa de riesgo de su área (localización de basureros, fuentes de agua, posibles sitios de contaminación ambiental, riesgo de deslizamiento, de inundación, etc.) y para la identificación y la notificación oportuna de enfermedades objeto de vigilancia.

El diseño de la estructura del sistema de vigilancia (formatos, flujos de información, etc.) se hará en coordinación con los líderes, de forma que se contemplen los mecanismos para garantizar el flujo permanente de información.

ESTRUCTURA DEL SISTEMA DE VIGILANCIA A NIVEL NACIONAL



Grupo operativo de vigilancia en salud pública. Es el encargado de coordinar la implementación de la vigilancia en salud pública y los programas de promoción y prevención, de acuerdo con las necesidades de los desplazados. Este grupo es la revitalización de la estrategia de atención primaria en el sistema general de seguridad social en salud, según el tamaño del municipio, su organización y el estado del proceso de descentralización.

El grupo estará conformado por:

Promotores de salud: responsables de reunir y monitorear la información socio-demográfica de varios líderes. Realizarán, junto con los líderes, la búsqueda de casos y contactos, evaluarán conjuntamente los mapas de riesgo y se encargarán de canalizar las acciones de protección específica (vacunación, atención preventiva en salud bucal, atención al parto y al recién nacido, planificación familiar) y de detección temprana (alteraciones en el crecimiento y desarrollo del niño, del joven, del embarazo, del adulto, de cáncer de cuello uterino, de seno, de la agudeza visual, etc.).

Técnicos de control de vectores: mantendrán permanentemente actualizados los datos sobre caracterización de las enfermedades transmitidas por vectores (ETV) según persona, lugar y tiempo. También, mantendrán actualizado un mapa de riesgo sobre ETV, que contemple factores de riesgo climatológicos, sociales y culturales determinantes de la enfermedad, especies vectores de las ETV y su infestación en el

municipio (distribución y conocimiento que se tenga de su comportamiento), por localidades y barrios.

Técnicos de saneamiento ambiental: vigilarán lo relacionado con los factores de riesgo de alimentos, basuras, excretas, animales, mataderos y mantendrán permanentemente actualizada la caracterización de los eventos según persona, lugar y tiempo.

Profesional de la salud con capacitación en epidemiología: será el coordinador del grupo. Acompañará permanentemente al equipo e integrará y analizará conjuntamente con el grupo la información obtenida por ellos.

Son estos equipos de atención primaria con cobertura en toda la población municipal los que, con la comunidad y desde la comunidad, vuelven a ser los interlocutores válidos de la identificación oportuna de los problemas de salud y de la entrega de acciones básicas.

Canal facilitador. A través de este canal, los problemas de salud que no pueden ser solucionados por el grupo operativo, pasan a ser estudiados por otras instancias; este es el canal que interactuará con aseguradores y prestadores de los servicios de salud para identificar causas, efectos y posibles acciones frente a determinado problema de salud. Trabaja en conjunto con otros actores que con su experiencia puedan contribuir teórica y prácticamente a dar solución a las problemáticas específicas.

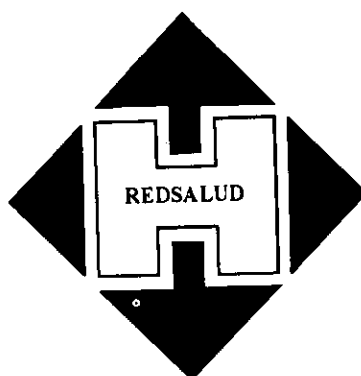
El canal que se propone llevar a cabo implica la participación y la interacción del grupo operativo con la Dirección Municipal de Salud y, de ésta, con los laboratorios, EPS, IPS y ARS, la Alcaldía, la Secretaría Departamental de Salud y el Laboratorio Departamental de Salud Pública.

Direcciones Municipales de Salud. El alcalde, a través de su dirección municipal de salud, es el encargado de establecer la coordinación y la articulación necesarias de actores públicos y privados, prestadores y aseguradores, y otros sectores como otras direcciones municipales, iglesia, agencias internacionales, etc., para que efectivamente se realice la entrega de acciones en salud a la comunidad. El alcalde es el principal actor; su alcaldía el escenario para la implementación. El municipio participa en el proyecto y se responsabiliza de la salud de la población desplazada, lo cual mantiene y asegura el funcionamiento del sistema por largo tiempo.

Los grupos operativos estarán en permanente contacto con la Dirección Local de Salud correspondiente y conocerán el comportamiento de los eventos objeto de vigilancia. La Dirección Municipal de Salud deberá notificar al departamento e iniciar las acciones de control indicadas y retroalimentar al sistema de la debida forma. Además, debe vigilar y controlar la aplicación de las normas y estándares de vigilancia en salud pública, según los lineamientos técnicos establecidos por el Ministerio de Salud. Deberá hacer asistencia técnica continuamente.

La puesta en marcha de este escenario requiere compromisos urgentes desde el nivel nacional, las instancias gubernamentales, la comunidad y todos los actores de la salud pública, para no hacer esperar más una respuesta a un problema crónico que se seguirá intensificando en nuestro territorio y del cual nosotros como epidemiólogos de campo deberemos aprender haciendo.

La presente publicación fue posible gracias al apoyo económico de
la Federación Nacional de Cooperativas de Hospitales de Colombia,
REDSALUD



COOPERATIVAS INTEGRANTES

Administradora Pública Cooperativa de Hospitales del Valle del Cauca,
A.P.C. COHOSVAL

Administración Cooperativa de Entidades y Municipios de Cundinamarca,
COODEMCUN

Cooperativa de Hospitales y Organismos de Salud de Santander,
COHOSAN

Administración Cooperativa de Entidades de Salud de Caldas y Quindío,
COODESC

Administración Pública Cooperativa de Entidades de Salud del Sur,
COODESUR

Cooperativa de Entidades de Salud de Risaralda,
COODESURIS

Administración Cooperativa de Entidades de Salud del Tolima,
COODESTOL

Administración Cooperativa de Entidades de Salud del Meta,
COOPSALUM

Cooperativa de Organismos de Salud de Boyacá,
COOSBOY

Cooperativa de Entidades de Salud de Córdoba,
COODESCOR

Cooperativa de Hospitales de la Costa,
COHOSPICOSTA

22

23

24

25

26

27





INSTITUTO
NACIONAL DE
SALUD



UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
Colegio Mayor de Nuestra Señora del Rosario - 1673



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD