

Emergencias complejas: refugiados y otras poblaciones

MICHAEL J. TOOLE

Antecedentes y naturaleza de las emergencias complejas

Al finalizar la guerra fría en 1991, se incrementó la ocurrencia de conflictos civiles violentos en todo el mundo. Ejemplos recientes que captaron la atención de los medios incluyen el éxodo de kurdos del norte de Iraq en 1991, Somalia en 1992-93, Bosnia y Herzegovina en 1992-93 y Ruanda en 1994. Además, conflictos igualmente severos, aunque menos visibles, han afectado durante los pasados años a millones de personas en Angola, Burundi, Mozambique, sur de Sudán, Liberia, Afganistán, Tajikistán, Azerbaiján y Georgia. Las guerras se han dirigido cada vez más contra la población civil, produciendo como resultado la elevación de las tasas de los diferentes eventos en salud entre la población civil, los grandes abusos en los derechos humanos, el desplazamiento forzoso de comunidades o las 'limpiezas étnicas' y, en algunos países, el colapso total de los gobiernos. El uso deliberado de los alimentos como armas de guerra en algunas instancias ha llevado a severas hambrunas. Un nuevo término se ha acuñado – emergencia compleja – para describir tales situaciones, relativamente agudas, que afectan grandes poblaciones civiles y usualmente involucran la combinación de guerra o conflicto civil, la disminución de los alimentos y el desplazamiento de la población, que culminan en un incremento importante de la mortalidad.

Las guerras civiles violentas no son exclusivas de la era posterior a la guerra fría; los conflictos en Etiopía, Camboya, Vietnam, Timor del Este y Afganistán, causaron millones de muertes de civiles durante los años 70 y 80. Sin embargo, desde 1991,

varios hechos han elevado el riesgo real y la frecuencia percibida de los conflictos en el mundo. Primero, las dos superpotencias ya no tienen la capacidad de influir en sus antiguos estados clientes para facilitar la resolución de los conflictos internos. Segundo, desde el final de la guerra fría, los conflictos civiles han tendido a ser de naturaleza étnica o religiosa, liberando intensas fuerzas históricas por la independencia y la nacionalidad. Tercero, a partir de la caída de la ‘cortina de hierro’, las organizaciones internacionales de comunicaciones han podido ganar acceso a las zonas de conflicto más rápidamente y la nueva tecnología por satélite ha llevado las escenas del frente de batalla a las casas de todo el mundo. Mientras este ‘efecto CNN’, algunas veces, ha movilizad o prontamente la conciencia pública hacia las víctimas de la emergencia, también ha conllevado la pobre memoria. El transitorio cubrimiento de los desastres foráneos ha impedido que los organismos internacionales se enriquezcan de los errores pasados y que esas lecciones se incorporen en la planeación y la preparación de emergencias.

Efecto e importancia relativa de las emergencias complejas

Desde 1980, en el mundo han ocurrido 130 conflictos armados; 32 han causado, cada uno, más de 1.000 muertes en el campo de batalla (1). Entre 1975 y 1989, se estimó que los conflictos causaron, aproximadamente, 750.000 muertes en África, 150.000 en Latinoamérica, 3´400.000 en Asia y 800.000 en el Medio Oriente (2). Desde 1990, las masacres se han incrementado conforme nuevas guerras se han disparado en Somalia, Burundi, Ruanda, Angola y Sri Lanka. Además, desde 1990, tres conflictos europeos – en la antigua Yugoslavia, Azerbaiján y Georgia – han causado 300.000 muertes, por lo menos. UNICEF estima que 1,5 millones de niños han sido asesinados en las guerras desde 1980 (3).

Factores que afectan la ocurrencia y la severidad del problema

Hay una secuencia de eventos claramente predecible en la evolución de las emergencias humanitarias complejas. La inestabilidad política, la persecución de ciertas minorías y los abusos de los derechos humanos, llevan a la revuelta civil y la violencia. Los gobiernos y las élites legislativas responden con mayor represión y causan mayor difusión del conflicto armado. La destrucción directa de la infraestructura, la desviación de los recursos fuera de los servicios comunitarios y el colapso económico general llevan al deterioro de los servicios médicos, especialmente de los programas preventivos como las inmunizaciones y el cuidado prenatal. Las instalaciones sanitarias están sobrecargadas por las necesidades de los casos de guerra; el manejo rutinario de los problemas médicos sufre por falta de personal y por los recortes en los suministros esenciales.

La desviación deliberada de alimentos por varias facciones armadas, los trastornos del transporte y del mercado y las dificultades económicas, causan a menudo severos déficits alimentarios. Los cultivadores locales pueden no sembrar en la cantidad usual, el suministro de semillas y fertilizantes puede interrumpirse, los sistemas de irrigación pueden dañarse por los ataques y los cultivos pueden ser destruidos o saqueados intencionalmente por militares armados. En los países donde normalmente no hay producción agrícola o que tienen grandes comunidades de pastores o nómadas, el impacto de los déficits alimentarios sobre el estado nutricional de los civiles puede ser severo, particularmente en África al sur del Sahara. Si intervienen factores climáticos adversos, como las frecuentes sequías en países como Sudán, Somalia, Mozambique y Etiopía, el resultado puede ser catastrófico.

En algunos países, como Liberia y Somalia, el gobierno se ha colapsado completamente y las funciones normales de un moderno estado/nación han cesado. Cuando se desarrolla este grado de anarquía, la provisión de asistencia humanitaria efectiva se torna logísticamente difícil y extremadamente peligrosa para el personal de respuesta. Las brigadas de respuesta son presas de bandidos y actores armados, se desvían masivamente los suministros y la implementación de los programas sostenibles basados en la comunidad se torna virtualmente imposible. La proliferación y la pérdida del control de las armas en muchos países ha complicado el problema. En muchas naciones en vías de desarrollo, el crecimiento de los gastos militares ha superado las tasas de crecimiento económico doméstico. Un estudio encontró que 29 de 134 países estudiados gastaban una mayor proporción de sus reservas nacionales en defensa que en salud y educación (2).

Las migraciones masivas y la disminución de los alimentos han sido responsables de la mayoría de las muertes posteriores a los conflictos civiles en África y Asia. La forma más visible de migración ocurre cuando los refugiados cruzan las fronteras internacionales. Los refugiados se definen bajo varias convenciones internacionales, como aquellas personas que dejan su país de origen tras bien fundados indicios de persecución por razones de raza, religión, clase social o creencias políticas (4). El número de dependientes de refugiados bajo protección y cuidado del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) se ha incrementado ostensiblemente de 5 millones en 1980, aproximadamente, a casi 23 millones en 1994 y no muestra signos de estabilización (tabla 20-1) (5). Por ejemplo, más de 600.000 refugiados salieron de Burundi para Ruanda, Tanzania y Zaire, durante dos semanas entre octubre y noviembre de 1993. Durante 3 días, a mediados de julio de 1994, un estimado de 1 millón de refugiados ruandeses arribó al oriente de Zaire y provocó la más seria crisis de refugiados en 20 años. Además, para aquellas personas que conocen la definición internacional de refugiados, un estimado de 25 millones de personas han dejado sus hogares por las mismas razones pero permanecen desplazados internamente en sus países (tabla 20-2). Las razones para la salida de refugiados y de personas internamente desplazadas generalmente son las mismas: la guerra, el conflicto civil y la persecución. La restricción de alimentos y el hambre son usualmente factores que complican, más que causas primarias de la migración de la población. Por ejemplo, una

Tabla 20.1 Número estimado de refugiados que llegaron a países de asilo, 1990-1994

País de origen	País de asilo	Año de arribo	Población estimada
Liberia	Guinea	1990	300.000
Liberia	Cote d'Ivoire	1990	200.000
Somalia	Djibouti	1990	30.000
Somalia	Etiopía	1990-91	200.000
Sudán	Etiopía	1990	40.000
Kuwait, Irak	Jordan	1990	750.000
Mozambique	Malawi	1990-92	250.000
Azerbaijan	Armenia	1990-92	290.000
Armenia	Azerbaijan	1990-92	200.000
Irak	Irán	1991	1' 100.000
Irak	Turquía	1991	450.000
Sierra Leona	Guinea	1991	185.000
Etiopía	Sudán	1991	51.000
Somalia	Kenya	1991-92	320.000
Croacia,			
Bosnia-Herzegovina	Ant. Rep. Yugoslavas	1991-93	750.000
Croacia, Bosnia	Europa Occidental	1990-93	512.000
Georgia	Rusia	1990-93	140.000
Somalia	Yemen	1992	50.000
Etiopía	Kenya	1992	80.000
Sudan	Kenya	1992	20.000
Mali,	Niger Argelia	1992	40.000
Myanmar	Bangladesh	1992	250.000
Bhutan	Nepal	1992	75.000
Mozambique	Zimbabwe	1992	60.000
Tajikistan	Afganistan	1993	60.000
Togo	Ghana	1993	120.000
Togo	Benin	1993	120.000
Burundí	Tanzania	1993	350.000
Burundí	Rwanda	1993	370.000
Ruanda	Burundi	1994	400.000
Ruanda	Tanzania	1994	100.000
Ruanda	Zaire	1994	1' 000.000

Fuente: U.S. Committee for Refugees and United Nations High Commissioner for Refugees.

sequía severa en Somalia durante 1992, exacerbó, más que inició, el flujo de refugiados que cruzaron la frontera con Kenia huyendo de la guerra civil.

Impacto en salud pública: perspectiva histórica

Foco en Somalia

Somalia es un ejemplo gráfico de una emergencia compleja reciente. El país tiene una población de etnia homogénea que comparte un lenguaje común pero que está

Tabla 20.2 Número estimado de personas desplazadas internamente por país, julio de 1994

Sudán	4'000.000
Sudáfrica	4'000.000
Mozambique	2'000.000
Rwanda	2'000.000
Afghanistan	2'000.000
Angola	2'000.000
Bosnia y Herzegovina	1'300.000
Irak	1'000.000
Liberia	1'000.000
Líbano	700.000
Somalia	700.000
Zaire	700.000
Perú	600.000
Sri Lanka	600.000
Azerbaijan	600.000
Burundi	500.000
Etiopía	500.000
Filipinas	500.000
Federación Rusa*	300.000
Chipre	250.000
El Salvador	200.000
Myanmar	200.000
Sierra Leona	400.000
Croacia	350.000
Colombia	300.000
Kenya	300.000
Haití	300.000
Chipre	265.000
Irán	260.000
India	250.000
Georgia	250.000
Guatemala	200.000
Eritrea	200.000
Togo	150.000
Camboya	95.000

*Desplazados de Chechenia en regiones vecinas de Rusia.

Fuente: U.S. Committee for Refugees and United Nations High Commissioner for Refugees.

caracterizada por distintas tribus o clanes con una historia extensa de rivalidades y hostilidades de varios siglos. Después de la independencia de los años 60, Somalia experimentó brevemente la democracia que finalizó con un golpe militar seguido por 24 años de dictadura. En enero de 1991, varios clanes y bandos atacaron conjuntamente para retomar el gobierno; la guerra civil acabó con un estimado de 14.000 vidas de combatientes y civiles en sólo Mogadishu (6). Diez meses después, se desató una nueva guerra civil entre las desmembradas alianzas de los numerosos clanes y subclanes rivales. El país se sumergió en el caos y se fragmentó, por lo menos, en cinco

'miniestados'. En el proceso, la economía del país, las instituciones sociales y políticas y la infraestructura quedaron destruidas. Para 1992, no había electricidad, agua corriente ni adecuado saneamiento en la mayoría de áreas. Los sistemas de transporte y las escuelas fueron arrasados; el combustible y los repuestos eran escasos. La agricultura y los viajes se interrumpieron, a la vez que cientos de miles de cultivadores dejaron sus campos huyendo de la guerra. Los sistemas de irrigación y los pozos de agua fueron destruidos. Muchos hospitales y clínicas habían sido averiados o completamente saqueados. El personal médico había sido asesinado o estaba exiliado. No había policía, ni jueces, ni corte, ni leyes. El despojo y el vandalismo se habían tornado en una forma de vida y de supervivencia. Sobrepuerta a la guerra y al caos, hubo una severa y prolongada sequía, la cual comenzó cuando terminó la estación lluviosa, a comienzos de 1991. Las siembras plantadas por los pocos cultivadores remanentes, fueron devastadas; la combinación de sequía y desintegración social resultó en una hambruna catastrófica. Hubo migraciones masivas de población de más de 900.000 personas fuera de las áreas de guerra, rurales y urbanas, hacia los campos de refugiados en Kenia, Etiopía, Djibouti y Yemen. Muchos de los refugiados viajaron cientos de kilómetros a pie para cruzar los límites de Somalia en busca de seguridad y alimentos; muchos murieron de hambre.

La epidemia de minas antipersonales en el suelo

En los conflictos civiles, las minas antipersonales en el suelo han sido usadas consistentemente como un medio para trastornar las actividades agrícolas normales o de pastoreo, acelerando la emigración de poblaciones locales e impidiendo el uso de la tierra por parte de los combatientes enemigos y de sus simpatizantes civiles. El impacto de las minas en la salud y en la economía es muy grande e, infortunadamente, prolongado. Primero, puede causar la muerte, lesiones severas y discapacidad por toda la vida. Segundo, los trastornos en las actividades agrícolas crean condiciones aptas para las hambrunas y las penurias económicas. Tercero, dado que la potencia de las minas permanece aún después del inicio de la paz, las áreas estratégicas y las tierras cultivables permanecen desoladas y sin uso por muchos años, creando pérdidas económicas a largo plazo y disturbios en la población.

Las Naciones Unidas estiman que, por lo menos, 100 millones de minas antipersonales quedan actualmente en más de 60 países del mundo (7). Se piensa que existen, por lo menos, 1 millón de minas activas en cada uno de los siguientes países: Afganistán, Angola, Iraq, Kuwait, Camboya, Mozambique, Bosnia, Somalia, Croacia, Sudán y Etiopía/Eritrea. El gran número de minas activas en las áreas fronterizas de los países afligidos por la guerra, ha sido un impedimento mayor para los programas de repatriación de la ACNUR. Además, la presencia de las minas ha obligado a que las agencias de respuesta en algunas áreas lleven alimentos por vía aérea, con un incremento significativo de los costos de los programas de asistencia humanitaria. Los propios trabajadores de apoyo han caído muertos o lesionados por las minas en Somalia, Camboya, Afganistán y Angola.

Consecuencias en salud pública

Impacto directo

Lesiones

Las muertes, las lesiones y las discapacidades causadas por la violencia relacionada con las guerras son las consecuencias inmediatas en la salud pública de las emergencias complejas. Un poco menos de 20% de los casos ocurrió entre civiles en la primera guerra mundial; la proporción se elevó casi 50% en la segunda guerra mundial y se ha estimado en 80% durante los años 80 (3,8). Un ejemplo reciente de esta tendencia se puede observar en la perversa guerra de la antigua Yugoslavia. La meta de esta guerra ha sido crear zonas 'étnicamente limpias', asesinando, lesionando, incapacitando, intimidando y removiendo civiles de sus hogares en forma intencional. La magnitud exacta de la mortalidad nunca se podrá conocer; los estimados, al final de 1994, oscilaban entre 150.000 y 250.000. Solamente en Sarajevo, capital de Bosnia, por ejemplo, hubo 4.600 muertes y 16.000 lesiones relacionadas con la guerra durante el primer año de conflicto y para el final de 1994, más de 10.000 personas habían muerto (9). UNICEF estima que 15.000 niños han sido asesinados y 35.000 han resultado heridos desde el inicio de la guerra en la antigua Yugoslavia (10). En Zenica, provincia central de Bosnia, la proporción de todas las admisiones hospitalarias debidas a traumas relacionados con la guerra, pasó de 22% en abril de 1992 a un pico de 71% en diciembre del mismo año (9).

Minas antipersonales

El impacto en la salud pública de las minas antipersonales sobre combatientes y civiles ha sido bien documentado en numerosos reportes publicados, incluyendo los resúmenes más comprensibles del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) (11). El número de muertes y lesiones es globalmente desconocido; se han conducido pocos estudios epidemiológicos basados en la población. Sin embargo, el CICR ha estimado las siguientes razones de amputación relacionada con las minas con respecto a la población en tres países: Camboya, 1:236; Angola, 1:470; Somalia (norte), 1:1.000.

El CICR estima que, durante los 10 años anteriores, estos elementos han causado la muerte de 100.000 a 200.000 personas en Afganistán. La letalidad entre civiles con lesiones por minas es probablemente muy alta, ya que la mayoría de incidentes ocurre en áreas remotas con pobre acceso a los hospitales con medios quirúrgicos y de resucitación apropiados. Un estudio de los Médicos por los Derechos Humanos en 1991, mostró que, en promedio, las víctimas camboyanas de las minas arribaban a un hospital 12 horas después de la lesión inicial (12). Un estudio en Mozambique en 1994 encontró que la incidencia acumulada de lesiones y muertes por minas en la provincia de Sofala, desde 1980, fue de 20,2 por 1.000 residentes (13). Desde el comienzo de la guerra en Mozambique en los 80, un estimado de 10.000 personas ha muerto por causa de las minas.

Tortura y asalto sexual

En los conflictos civiles en Centroamérica y Suramérica durante los 80, la tortura sistemática de civiles fue particularmente común (2). El abuso sexual ampliamente extendido de mujeres civiles por las fuerzas militares, ha sido documentado en los conflictos recientes de Bangladesh, Uganda, Myanmar, Somalia y la antigua Yugoslavia (2,14). El número de mujeres violadas por hombres de varios bandos en conflicto en Bosnia-Herzegovina no se conoce; sin embargo, las investigaciones de Amnistía Internacional y de la Comisión Europea concluyeron que decenas de miles de adolescentes y mujeres musulmanas habían sido violadas como parte de la campaña sistemática de terror (14,15).

Impacto indirecto

Las consecuencias indirectas de las emergencias complejas en la salud pública han resultado de la falta de alimentos, el hambre, las migraciones masivas y la destrucción de las instalaciones y de los servicios médicos. Han sido más severas en los países en vías de desarrollo, donde las reservas de alimentos son ya insuficientes, y las pobres condiciones higiénicas y los servicios médicos básicos, inadecuados. El resultado más común, especialmente en África, ha sido una alta tasa de desnutrición severa y muerte. Si bien los estudios han mostrado que los individuos desnutridos – particularmente niños – están en alto riesgo de muerte, su causa inmediata es usualmente una enfermedad transmisible, como el sarampión, la EDA y la IRA. Quienes están en alto riesgo de mortalidad prematura durante las emergencias complejas son los niños pequeños, las mujeres y los ancianos. El hacinamiento y las condiciones insalubres de los campos de refugiados, la violencia de los desplazamientos forzados y los efectos psicológicos adversos de la incertidumbre y de la dependencia, contribuyen a los problemas de salud experimentados por las comunidades afectadas.

Mortalidad

Las tasas de mortalidad son los indicadores más específicos del estado de salud de las poblaciones afectadas por la emergencia. Estas tasas han sido estimadas a partir de los registros hospitalarios y de defunción, los estudios de base comunitaria y la vigilancia de 24 horas en las funerarias. Entre los muchos problemas para estimar la mortalidad bajo las condiciones de emergencia están los sesgos de memoria, la falta de informes familiares de las muertes perinatales, los denominadores inadecuados (tamaño promedio de las poblaciones, nacimientos, edad) y la falta de procedimientos estándar de reporte. Sin embargo, en general, los sesgos tienden a subestimar la mortalidad, ya que las muertes usualmente no se cuentan o no se reportan y los tamaños de las poblaciones se exageran (16). La mayoría de informes de mortalidad relacionada con emergencias proviene de las poblaciones desplazadas. Es posible que las tasas de mortalidad sean menores en aquellas comunidades en las cuales la gente permanece

en sus poblados y en sus hogares originales; sin embargo, la comparación de la mortalidad entre desplazados y no desplazados es problemática debido a que el desplazamiento mismo puede reflejar una situación de base más seria. Con todo, las comparaciones muestran que, en casi todos los casos, los desplazados experimentan una tasa cruda de mortalidad (TCM) significativamente mayor (16).

Desde 1990, las tasas crudas de mortalidad entre los refugiados sudaneses en Etiopía (julio de 1990), los recientemente llegados refugiados sudaneses en Etiopía (junio de 1991), somalíes en Kenia (enero de 1992), butaneses en Nepal (mayo de 1992) y mozambicanos en Zimbabwe y Malawi (julio de 1992) han estado elevadas entre 5 y 12 veces con respecto a las del país de origen (tabla 20-3) (17). Las tasas de muerte entre butaneses y mozambicanos refugiados retornaron a los niveles normales en 3 meses; sin embargo, la mejoría fue más gradual entre los sudaneses y somalíes, quienes estaban alojados en grandes campos en áreas remotas de Etiopía y Kenia, donde el suministro de agua era a menudo inadecuado y la disponibilidad logística de alimentos era problemática. Entre marzo y mayo de 1991, las TCM entre los 400.000 refugiados kurdos en la frontera entre Turquía e Irak, fue 18 veces mayor que la tasa normal reportada en Irak (18).

Durante los meses siguientes al flujo masivo de refugiados ruandeses en la región de Kivu en el norte del Zaire, en julio de 1994, la TCM estimada sobre la base de datos de vigilancia estaba entre 60 y 100 por mil, dependiendo del denominador de población utilizado (19). Los estudios de población conducidos en los mismos campos de refugiados estimaron que entre 7 y 9% de los refugiados murieron durante este período. Las masacres en Ruanda a comienzos de 1994 y la alta tasa de muertes entre los refugiados ruandeses en el este de Zaire llevaron a un número sin precedentes de niños solitarios entre la población. Hacia mediados de agosto, más de 12.000 de estos

Tabla 20.3 Tasas crudas de mortalidad estimadas* (TCM) en poblaciones seleccionadas de refugiados, 1990-94

Fecha	País receptor	País de origen	TCM basal	TCM en refugiados
Julio de 1990	Etiopía	Sudán	1,7	6,9
Junio de 1991	Etiopía	Somalia	1,8	14,0
Marzo-Mayo de 1991	Turquía/Irak	Irak	0,7	12,6
Marzo de 1992	Kenya	Somalia	1,8	22,2
Marzo de 1992	Nepal	Bhutan	1,3	9,0
Junio de 1992	Bangladesh	Myanmar	0,8	4,8
Junio de 1992	Malawi	Mozambique	1,5	3,5
Agosto de 1992	Zimbabwe	Mozambique	1,5	10,5
Diciembre de 1993	Ruanda	Burundí	1,8	9,0
Mayo de 1994	Tanzania	Ruanda	1,8	1,8
Junio de 1994	Burundí	Ruanda	1,8	15,0
Julio de 1994	Zaire	Ruanda	1,8	102,0

* Muertes por 1.000 por mes

pequeños, la mayoría probablemente huérfanos, habían sido registrados en Kivu norte y las tasas de mortalidad en los sitios donde estaban ubicados alcanzaron los 100 por 10.000 diariamente.

El riesgo de muerte es usualmente más alto durante el período inmediato al arribo de los refugiados al país de asilo, fenómeno que refleja largos períodos de una mala alimentación y cuidados médicos inadecuados. Por ejemplo, durante 1992, más de 150.000 mozambicanos fueron a campos de refugiados cercanos a Zimbabwe y Malawi. Durante julio y agosto de 1992, la TCM entre los mozambicanos que habían estado en el campo de Chambuta por menos de un mes era 4 veces la de quienes habían estado entre 1 y 3 meses y 16 veces la normalmente reportada para poblaciones no desplazadas en Mozambique (figura 20-1) (20).

Los factores políticos y de seguridad pueden obstruir la documentación precisa de las tasas de muertes en las poblaciones internamente desplazadas; sin embargo, unas pocas situaciones están bien documentadas. En Mozambique (1983), Etiopía (1984-85) y Sudán (1988), las TCM estimadas por vigilancia o por estudios de población entre desplazados internos osciló entre 4 y 70 veces la de poblaciones no desplazadas en el mismo país (tabla 20-4) (17). Los estudios de población conducidos en varias partes de Somalia central y del sur, durante la guerra civil, encontraron que, en promedio, las TBM entre abril de 1991 y enero de 1993, variaron de 7 a 25 veces la tasa basal mensual de 2 por 1.000 (21). Desde 1990, el incremento de los combates y la falta de alimentos en el sur de Sudán ha llevado al desplazamiento de un gran número de personas. Los estudios de población conducidos en marzo de 1993 en 3 sitios, mostraron una TCM promedio mensual para cada sitio 6 a 12 veces la basal del año inmediatamente anterior (22).

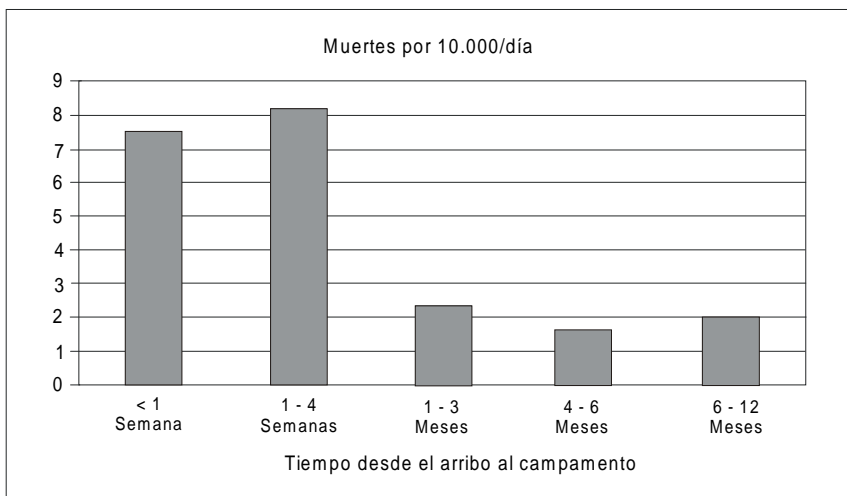


Figura 20-1. Tasas crudas de mortalidad por tiempo de estancia en el campo de refugiados. Refugiados de Mozambique en Chambuta, Zimbabwe, julio-agosto de 1992.

La mayoría de las muertes en poblaciones refugiadas ha ocurrido entre niños menores de 5 años; por ejemplo, el 64% de las muertes en refugiados kurdos en la frontera turca, ocurrió en el 17% de la población menor de 5 años de edad (figura 20-2) (22). Aunque las tasas absolutas de muerte son más altas en los niños pequeños, el incremento relativo en la mortalidad durante las emergencias puede ser más alto entre los de 1 y 12 años de edad (23). En los campos de refugiados ruandeses al este de Zaire, las tasas en menores de 5 años no fueron mayores que las específicas para otras edades durante los primeros meses después del flujo, debido a que la mayoría de muertes en esta población fueron causadas por el cólera, que afecta todos los grupos de edad (19). El análisis de la mortalidad por sexo no se ha realizado a menudo; sin embargo, en los refugiados burmeses en Bangladesh, entre niñas, fue 2 a 4 veces

Tabla 20.4 Tasas crudas de mortalidad (TCM) mensual promedio* para personas desplazadas internamente, 1990-1994.

País	Fecha	TCM basal	TCM en personas desplazadas internamente
Liberia	Enero-Diciembre 1990	1,2	7,1
Irak	Marzo-mayo 1991	0,7	12,6
Somalia (Merca)	Abril 1991-Marzo 1992	2,0	13,8
Somalia (Baidoa)	Abril-Noviembre 1992	2,0	50,7
Somalia (Afgoi)	Abril-Diciembre 1992	2,0	16,5
Sudán (Ayod)	Abril 1992-Marzo 1993	1,6	23,0
Sudán (Akon)	Abril 1992-Marzo 1993	1,6	13,7
Bosnia (Zepa)	Abril 1992-Marzo 1993	0,8	3,0
Bosnia (Sarajevo)	Abril 1993	0,8	2,9

* Muertes por 1.000 por mes

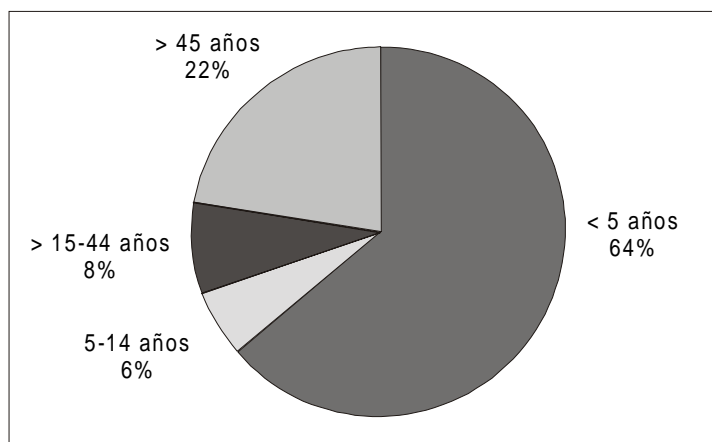


Figura 20-2. Muertes por grupos de edad, de los refugiados kurdos, marzo 29 a mayo 24 de 1991, frontera Irak-Turquía.

mayor que en niños (17). Ya que los datos de mortalidad específica por sexo son más fáciles de recoger, deben ser asumidos por más agencias en el futuro.

Factores que influyen en la morbilidad y la mortalidad

Mortalidad específica por causas

Las principales causas reportadas de muerte entre refugiados y poblaciones desplazadas han sido la desnutrición, las enfermedades diarreicas, el sarampión, las infecciones respiratorias agudas y la malaria (16). Esas enfermedades consistentemente son la causa de 60 a 95% de todos los casos reportados de muerte en estas poblaciones. Las epidemias de sarampión causaron elevadas tasas de muerte entre los refugiados durante los 80. Durante un período de 3 meses en 1985, por ejemplo, más de 2.000 muertes asociadas con sarampión fueron documentadas en un campo de refugiados al este de Sudán. Esto significó una letalidad basada en los casos reportados de 30% (24). Desde 1990, se han reportado epidemias de sarampión en nuevos campos de refugiados en Nepal, Zimbabwe y Malawi, con altas tasas de mortalidad. Sin embargo, los campos de refugiados en Etiopía, Turquía y Zaire han permanecido libres de los brotes de sarampión dadas las altas coberturas de vacunación alcanzadas.

Han sido comunes las epidemias de enfermedad diarreica severa; los brotes de cólera han sucedido en los campos de refugiados en Malawi, Zimbabwe, Swazilandia, Nepal, Bangladesh, Turquía, Afganistán, Burundí y Zaire (17). La letalidad por cólera en estos lugares ha oscilado entre 3 y 30%. Además, desde 1991, se han notificado epidemias de disentería por *Shigella dysenteriae*, tipo I, en Malawi, Nepal, Kenya, Bangladesh, Burundí, Angola, Ruanda, Tanzania y Zaire (17,19,25). La letalidad de la disentería ha alcanzado el 10% entre niños pequeños y ancianos. Al este de Zaire, entre 40.000 y 45.000 refugiados ruandeses pudieron haber muerto de cólera o disentería (80 a 90% de todas las muertes) entre julio y agosto de 1994 (19).

Desnutrición

La desnutrición aguda proteico-calórica ha sido a menudo uno de los principales factores que contribuyen a las altas tasas de muerte por enfermedades transmisibles entre los refugiados y el personal internamente desplazado. La estrecha relación entre la prevalencia de desnutrición y la mortalidad cruda, durante las operaciones de apoyo para refugiados somalíes al este de Etiopía en 1988-89, está claramente demostrada en la figura 20-3. La prevalencia de desnutrición se estimó por estudios transversales basados en muestreos seriados por conglomerados en menores de 5 años de edad y, retrospectivamente, se estimó la letalidad mes a mes mediante estudios de población en agosto de 1989 (26). Durante el período de alta prevalencia de desnutrición y alta mortalidad (marzo a mayo de 1989), las raciones alimentarias suministraban un promedio de 1.400 kilocalorías persona día, aproximadamente, cuando el mínimo recomendado es de 1.900 (27).

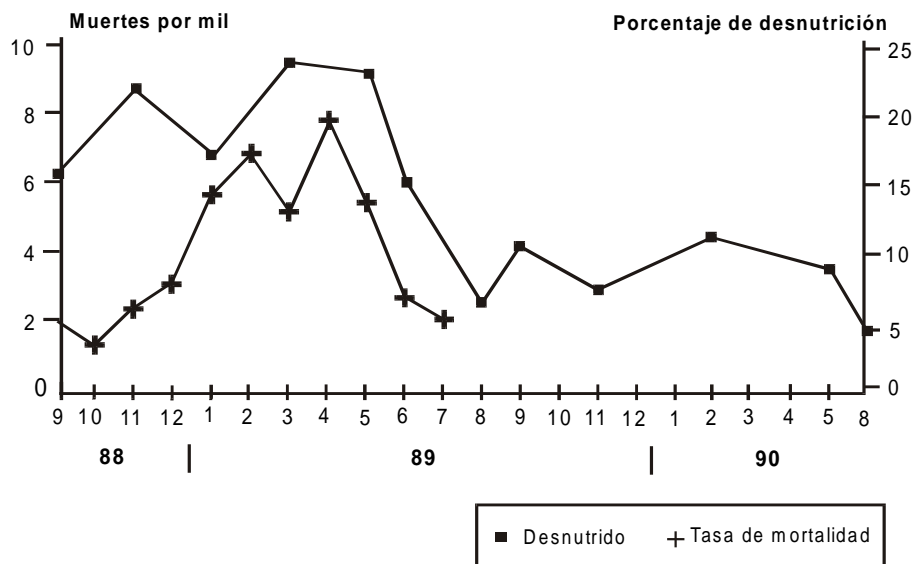


Figura 20-3. Prevalencia de desnutrición aguda (porcentaje peso/altura <80% de la mediana) en niños menores de 5 años y tasas crudas de mortalidad (número de muestras por 1.000 por mes), en el Campo Hartisheik A, Etiopía oriental, 1988-1990

En los países estables en vías de desarrollo, no afectados por emergencias, la prevalencia de desnutrición aguda entre menores de 5 años de edad, es menor de 5% (16). En campos de refugiados ruandeses al este de Zaire, un mes después del flujo, la prevalencia estuvo entre 18 y 23%. Los estudios encontraron que los niños que vivían en hogares con una mujer sola como cabeza de familia y aquéllos con historia reciente de disentería tenían una tasa significativamente mayor de desnutrición que otros niños refugiados (19). Las mayores tasas de desnutrición se han reportado entre las poblaciones desplazadas internamente en Somalia y el sur de Sudán. En Somalia, la prevalencia en niños desplazados osciló entre 47 y 75% durante 1992 (21). En marzo de 1993, los estudios de población de comunidades internamente desplazadas al sur de Sudán encontraron prevalencias tan altas como 81% (22). La alta prevalencia de desnutrición aguda no siempre está asociada con déficits alimentarios. Por ejemplo, en 1991, su prevalencia entre refugiados kurdos de 12 a 23 meses de edad fue de 13,5% (28). Esta elevada tasa estuvo asociada con la elevada incidencia de diarrea en este grupo de edad, mientras los niños permanecieron en los campos de la montaña donde el agua y el saneamiento eran inadecuados.

Además, se ha reportado en campos de refugiados una alta incidencia de enfermedades por deficiencia de micronutrientes, especialmente en África (29). Las raciones típicas provistas en las operaciones de socorro a gran escala carecen de vitamina A, con un alto riesgo para las poblaciones. Es conocido que algunas enfermedades transmisibles altamente incidentes en los campos de refugiados, como el sarampión y la diarrea, agotan rápidamente las reservas de vitamina A. En consecuencia, los niños y jóvenes desplazados y refugiados están en alto riesgo de

desarrollar deficiencia de vitamina A. En 1990, más de 18.000 casos de pelagra fueron causados por el déficit de niacina entre los refugiados de Mozambique en Malawi (30). Numerosas epidemias de escorbuto (deficiencia de vitamina C) se documentaron en los campos de refugiados en Somalia, Etiopía y Sudán entre 1982 y 1991 (31). La prevalencia de escorbuto estuvo altamente asociada con el período de residencia en campos, un reflejo del tiempo de exposición a raciones carentes de vitamina C; se han identificado prevalencias más altas entre mujeres y ancianos. La anemia por deficiencia de hierro se ha reportado en muchas poblaciones de refugiados y afecta principalmente a mujeres en lactancia y en niños pequeños.

Trauma psicológico

Las consecuencias más obvias de los desplazamientos son el incremento en la mortalidad, la morbilidad y la desnutrición; sin embargo, se han presentado síntomas de severo trauma psicológico entre los refugiados, expresado en ansiedad, temor y agresividad en la fase temprana, de lucha por sus hogares y que progresa a apatía, dependencia y depresión en la medida que la condición de desplazado se hace crónica (32,33). El impacto psicológico de las emergencias complejas en los niños puede ser especialmente severo. Los estudios de UNICEF en Sarajevo han encontrado que el 30% de los niños han perdido un ser querido, el 40% han sido abaleados por francotiradores, el 19% han presenciado una masacre y el 72% han visto bombardear o atacar sus hogares (10). El resultado de este estrés en la niñez sobre la futura salud mental de los bosnios puede ser desconocido por años.

Impacto del daño a los servicios públicos

Los recientes conflictos violentos en los escenarios urbanos han causado grandes daños a los sistemas de agua, electricidad, alcantarillado y calefacción, con implicaciones potencialmente importantes en la salud pública. En Sarajevo, la capital, y en otras grandes ciudades de Bosnia-Herzegovina, se destruyeron los suministros de agua con los bombardeos; roturas similares en los sistemas de alcantarillado llevaron a la contaminación cruzada del agua de bebida. Esos problemas se complicaron por la falta de electricidad y de combustible diesel necesarios para la acción de los generadores. En el verano de 1993, en Sarajevo, se tenía únicamente un promedio de 5 litros de agua por persona/día, comparado con un mínimo de 15-20 litros recomendado por la OMS. Aunque se evitaron grandes epidemias de enfermedad diarreica, los datos del departamento local de salud mostraron que la incidencia de enfermedades transmisibles se había incrementado significativamente desde el comienzo de la guerra. Por ejemplo, la incidencia de hepatitis A se incrementó 6 veces en Sarajevo, 12 veces en Zenica y 4 veces en Tuzla, entre 1991 y 1993. La incidencia de disentería causada por *Shigella* sp. se incrementó 12 y 17 veces en Sarajevo y Zenica, respectivamente, durante el mismo período (9).

Impacto de los trastornos en los servicios de salud

La caída de los servicios rutinarios de salud puede contribuir altamente al impacto

de las emergencias complejas en la salud pública. En Bosnia-Herzegovina, donde los cambios en la morbilidad y en la mortalidad debidos a las enfermedades transmisibles y a la desnutrición han sido relativamente moderados, el impacto de los disturbios en los servicios médicos está bien documentado. Muchos programas esenciales de prevención han colapsado debido a que los servicios han tenido que destinarse a atender las lesiones de guerra. Además, el conflicto ha dificultado mucho el acceso de la población a las instituciones de salud; de otro lado, muchas de tales instalaciones han sido destruidas o averiadas seriamente. Se han registrado numerosos reportes de instalaciones médicas destruidas intencionalmente, incluyendo el Hospital General Kosevo en Sarajevo. Por tanto, los programas de inmunización y de cuidado prenatal han sido severamente afectados. Únicamente entre 22 y 34% de los niños en Sarajevo, Zenica, Bihac y Tuzla han sido inmunizados contra el sarampión; un promedio de sólo 49% contra la poliomielitis y 55% contra la difteria y la tos ferina. Estas son inevitables si las tasas de vacunación permanecen bajas. La incidencia de nuevos casos de tuberculosis ha venido ascendiendo como consecuencia de la falta de medicamentos apropiados y las dificultades para el acceso a las instalaciones donde reciben tratamiento. Los déficits de medicamentos, como insulina, reactivos de laboratorio para el tamizaje del VIH en sangre y los filtros para la diálisis renal, han afectado severamente la calidad del cuidado médico.

Los datos de vigilancia en salud pública muestran un serio deterioro en el estado de la salud infantil; por ejemplo, la mortalidad perinatal en Sarajevo se ha incrementado de 16 por mil nacidos vivos en 1991 a 27 por mil durante los primeros meses de 1993. La tasa de nacimientos prematuros se incrementó de 5,3 a 12,9%, la de mortinatos de 7,5 por mil a 12,3 por mil y el promedio de peso al nacer disminuyó de 3.700 g a 3.000 g durante el mismo período (9). Se ha observado un dramático incremento en los abortos espontáneos y terapéuticos, los cuales, a mediados de 1993 fueron dos veces más numerosos que los nacimientos en el Hospital Kosevo de Sarajevo. Esos problemas se pueden atribuir directamente al deterioro en la calidad del cuidado pre y perinatal en la ciudad.

Prevención, preparación y respuesta

La frecuencia y el grado de complejidad de las emergencias humanitarias se ha incrementado en los últimos 5 años; el conflicto armado es el factor de riesgo común en tales situaciones. El genocidio en Ruanda y sus secuelas en los países vecinos, dominaron las noticias durante 1994 y los conflictos violentos continúan casi inalterados en Angola, Bosnia-Herzegovina, Afganistán, Kashmir, Sri Lanka, Azerbaijan, Georgia, Tajikistán y la escindida república rusa de Chechenya. Entretanto, varios países africanos están también en la vía del colapso total; se incluyen Zaire, Togo, Burundí, Argelia y – quizá menos – Nigeria y Kenia. A no ser que se den pasos decisivos por la comunidad internacional en 3 áreas – prevención, preparación y respuesta – las emergencias complejas continuarán afectando altamente a las poblaciones civiles.

Prevención

La necesidad más urgente es el desarrollo de los mecanismos diplomáticos y políticos más efectivos para poder resolver los conflictos tempranamente en su evolución – antes de que ocurran los déficits alimentarios, el colapso de los servicios de salud, los desplazamientos y los graves efectos adversos sobre la salud pública. Uno de los principales obstáculos es la sacrosanta noción de soberanía nacional de la Carta de las Naciones Unidas. La prohibición contra la ‘amenaza o uso de la fuerza’ en un territorio independiente y soberano de un estado miembro de las Naciones Unidas, ha forzado a la comunidad internacional a la espera y a mirar los ejemplos extremos de abusos contra los derechos humanos hasta, en ciertos casos, cruzar el umbral de tolerancia y la indignación pública y ha exigido la acción, como es el caso de Somalia. Por la época en que tal acción fue tomada, el conflicto había avanzado a un estado donde cualquier intervención de fuerzas externas era percibida por la beligerancia como toma de partido. Esta percepción puede resultar en una intromisión de la comunidad internacional en el conflicto mismo, como ocurrió en Somalia. La diplomacia cauta, neutral pero decidida, del tipo del Centro Carter de Atlanta en Etiopía, Sudán, Haití y Bosnia-Herzegovina, podría servir como modelo para los esfuerzos futuros en la resolución de conflictos. Los epidemiólogos y los científicos del comportamiento podrían jugar un papel importante en este proceso, estudiando sistemáticamente la dinámica y los comportamientos característicos que prevalecen en las situaciones de conflictos y buscando identificar las medidas tendientes a reducir el nivel de tensión entre las partes opositoras.

Preparación

Detección temprana

Las actividades de detección de emergencias a través de los sistemas de alerta temprana y el levantamiento de mapas de riesgos han existido hace algún tiempo; sin embargo, esos sistemas tienden a enfocarse sobre la monitorización de los riesgos naturales más que sobre los originados por el hombre. Por ejemplo, el Sistema de Alerta Temprana de Hambrunas (FEWS), fundado por la Agencia Internacional para el Desarrollo de los Estados Unidos, monitoriza rutinariamente los cultivos, la disponibilidad de alimentos, los precios de los cereales, las lluvias y los ingresos del hogar en un número de países africanos y, además, realiza periódicamente ‘estudios de vulnerabilidad’. Los datos de FEWS son publicados y difundidos ampliamente en boletines regulares y han sido exitosos en la predicción de desastres naturales, tales como la sequía que afectó el sur de Africa en 1992. Con todo, los sistemas como el FEWS no han desarrollado indicadores tempranos relacionados con los abusos contra los derechos humanos, los conflictos étnicos, la inestabilidad política y la migración. Otros grupos, tales como Africa Watch, Médicos por los Derechos Humanos, Amnistía Internacional y Derechos Africanos han conducido estudios de vulnerabilidad, relativamente tempranos en la evolución del conflicto civil, en países como Burundí. El

problema de tales estudios es que los resultados a menudo son ignorados por los gobiernos de las adineradas naciones donantes si las situaciones son percibidas como que no van acordes con sus intereses de seguridad. Por ejemplo, a principios de 1992, varios excelentes reportes sobre el deterioro de la situación en Somalia fueron por tiempo ignorados por la comunidad internacional (6,34). Además del trabajo adelantado por los epidemiólogos con estudios de población que miden los efectos de las emergencias complejas (por ejemplo, indicadores tardíos como mortalidad y prevalencia de desnutrición), éstos pueden ser capaces de jugar un papel importante en el desarrollo de pruebas de campo para la sensibilidad y la especificidad de un amplio rango de indicadores de alerta temprana para predecir situaciones emergentes de inestabilidad.

Planes de contingencia

La incapacidad del mundo para atender prontamente la explosiva epidemia de cólera en los refugiados ruandeses al este del Zaire, en julio de 1994, puso de manifiesto la falta global de planes de preparación ante emergencias. Esta epidemia evidenció las inadecuadas reservas de suministros médicos esenciales y de equipos para establecer y distribuir agua segura, y reveló la falta de consenso técnico acerca de las intervenciones apropiadas. Las agencias que han tenido los medios y la experiencia necesarios, como OXFAM y MSF, carecen de fondos y aquéllas con recursos y logística, como el ejército de los Estados Unidos, carecen de la experiencia técnica en los apoyos de emergencia. La preparación de los planes ante emergencias complejas requiere trabajar a niveles internacional y de país individual. La creación de una única 'superagencia' global para responder a todas las emergencias en el mundo es improbable y, para muchos, indeseable; sin embargo, las naciones donantes deberían ser sabias al invertir fondos en el fortalecimiento de las redes experimentadas de organizaciones de socorro. Esas agencias necesitan recursos para implementar los sistemas de alertas tempranas, el mantenimiento de la experiencia técnica, el entrenamiento de personal, la disposición de reservas de suministros y el desarrollo de su capacidad logística. En el ámbito de país, todos los programas de salud en desarrollo deberían tener un componente de preparación ante emergencias que incluyera el establecimiento de políticas estandarizadas en salud pública (por ejemplo, inmunización y manejo de epidemias), protocolos de tratamiento, entrenamiento del personal y mantenimiento de las reservas de medicamentos esenciales y vacunas para uso en desastres.

Entrenamiento de personal

Ha quedado claro, a partir de las observaciones de los programas de apoyo durante recientes emergencias, que hay considerable variación en la opinión experta y la efectividad de los funcionarios, tanto locales como foráneos, particularmente en el sector salud. Los funcionarios al frente del apoyo ante emergencias complejas a menudo son voluntarios reclutados por organizaciones no gubernamentales (ONG) que a veces carecen de entrenamiento específico y experiencia en esa materia. Ellos requieren conocimiento y experiencia práctica en un amplio rango de asuntos, incluyendo

alimentación y nutrición, agua y saneamiento, vigilancia y control de enfermedades, inmunización, manejo de epidemias y cuidado materno y de la niñez. Deben ser capaces de conducir estudios rápidos de determinación de necesidades en salud pública, establecer prioridades, trabajar estrechamente con las comunidades afectadas, entrenar trabajadores locales, coordinar con una amplia gama de organizaciones de apoyo, evaluar el impacto de sus actividades y manejar eficientemente los escasos recursos. Adicionalmente, necesitan funcionar efectivamente en un ambiente a menudo hostil y peligroso; tales asuntos son específicos para las emergencias y no necesariamente están presentes en el profesional promedio de una escuela médica o de enfermería en occidente. Como sea, las agencias de apoyo necesitan ubicar más recursos para el entrenamiento y la orientación de su equipo y, también, proveer un adecuado soporte en el campo. Los trabajadores de salud locales en los países propensos a emergencias, aunque estén familiarizados con el manejo de enfermedades endémicas comunes, necesitan entrenamiento en asuntos requeridos para actuar efectivamente bajo condiciones de emergencia.

Respuesta a la emergencia

Panorama

En el ambiente complicado, peligroso e impredecible de una emergencia compleja, no puede haber una única y perfecta fórmula para mantener una respuesta efectiva y apropiada. Cada situación es única en términos del contexto político, ambiental, cultural, económico y de salud pública; aquello que funciona en Angola puede no hacerlo en Ruanda o Bosnia. Sin embargo, hay principios y prácticas que son relevantes para cada emergencia; la prioridad suprema es garantizar la protección y la seguridad de la población afectada. Tales principios y prácticas incluyen las siguientes: 1) intervención temprana; 2) soporte, no mandato, a las estrategias comunitarias; 3) tratar de evitar las migraciones; 4) evitar establecer muchos y hacinados campamentos; 5) recolectar, analizar y difundir información exacta y oportuna; 6) asegurarse que la ubicación de los recursos no divida aún más a las comunidades; 7) dirigirse hacia la prevención de enfermedades; 8) trabajar bajo las estructuras e instituciones existentes, más que construir instalaciones pobremente sostenibles; 9) insistir en que las mujeres controlen la distribución de suministros de apoyo (esto asegura mayor equidad); 10) asegurar la comunicación abierta y la coordinación entre agencias.

Marco de trabajo

Las Naciones Unidas han creado el *Departamento de Asuntos Humanitarios* (DAH) para organizar y coordinar la preparación y la respuesta ante los desastres internacionales. Sin embargo, en el evento de una emergencia compleja, otras agencias de las Naciones Unidas, con más recursos operacionales, están usualmente designadas para conducir la asistencia. Por ejemplo, cuando los refugiados cruzan las fronteras internacionales, la ACNUR (Alto Comisionado de Naciones Unidas para Refugiados) es automáticamente la agencia de asistencia. En el caso de una emergencia que involucre

personas desplazadas internamente o comunidades afectadas por conflictos que no han migrado, pueden designarse otras agencias – por ejemplo, UNICEF en Somalia y el Programa Mundial de Alimentos en Angola. En la antigua Yugoslavia, la ACNUR se designó para asistir a las agencias de apoyo en todas las repúblicas. Normalmente, el gobierno del país afectado por la emergencia tendría la autoridad para coordinar e implementar los programas de apoyo; sin embargo, en las recientes situaciones, como Somalia, Ruanda y Liberia, donde se colapsaron totalmente los gobiernos, las Naciones Unidas asumieron su papel. En otros escenarios, como el sur de Sudán y Bosnia-Herzegovina, donde los gobiernos han sido las partes principales del conflicto y han obstaculizado los esfuerzos internacionales de apoyo, las Naciones Unidas han actuado unilateralmente para asegurar el desarrollo efectivo de la ayuda.

El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR) tiene un único papel en respuesta a las situaciones de conflicto. Bajo su mandato, descrito por las convenciones de Ginebra, el CICR negocia con las partes en conflicto en la mira de ganar acceso a las poblaciones civiles para suministrar protección y asistencia. El CICR mantiene estricta neutralidad y raramente hará críticas públicas a las partes en conflicto; los delegados son usualmente ciudadanos suizos, aunque sus técnicos de agencia pueden ser reclutados en otras naciones. Aunque el CICR coopera con todas las partes, en algunas instancias recientes ha sido denegado su acceso a las zonas de conflicto, aún por gobiernos de países que han firmado los convenios de Ginebra. Además del CICR, la Federación Internacional de la Cruz Roja y las Sociedades de la Media Luna Roja coordinan las actividades de sus sociedades nacionales miembros, las cuales a menudo juegan su papel en el apoyo de emergencia.

Existe un gran número de ONG tanto nacionales como foráneas. Ciertas ONG internacionales, con ramas en varios países, han desarrollado considerable experiencia técnica y administrativa en el manejo de la asistencia ante emergencias. Algunas de las ONG más experimentadas incluyen Médicos sin Fronteras, OXFAM, Salve a los Niños, Comité Internacional de Rescate, CARE, Visión Mundial y Cáritas. Hay varios miles de ONG en todo el mundo, algunas de ellas pequeñas pero muy eficaces, mientras otras son grandes y adineradas, pero su nivel de experiencia técnica es menos predecible. El surgimiento de ONG altamente motivadas y competentes con sede en los países en vías de desarrollo, como Bangladesh, India, Tailandia y Filipinas, muestra una tendencia alentadora. Su papel en el mejoramiento de la asistencia ante emergencias puede crecer en los próximos años.

Fuerzas militares

Al finalizar la guerra fría, las fuerzas militares de varios países han jugado un papel altamente visible en la provisión de asistencia humanitaria en emergencias. El primero de tales esfuerzos de apoyo tuvo lugar en Turquía y norte de Irak al final de la Guerra del Golfo en 1991, cuando las fuerzas militares aliadas apoyaron a los refugiados kurdos. Además, para establecer una zona segura para ellos, las unidades militares de los Estados Unidos, Francia, el Reino Unido, Holanda y otras naciones participaron en

el transporte y la distribución de suministros de socorro a los refugiados en los campos de montaña. Su papel durante esta operación fue facilitado por la real disponibilidad de medios de transporte y recursos sobrantes de las operaciones militares en Iraq y Kuwait y por la presencia de grandes unidades de asuntos civiles del ejército norteamericano, cuya experiencia en varias áreas técnicas y administrativas fue altamente relevante para las necesidades de los refugiados (35). Desde esa época, las fuerzas militares han jugado un papel prominente en las operaciones de socorro en Somalia, la antigua Yugoslavia, Ruanda y Haití.

El papel de los militares en el programa de asistencia humanitaria en el norte de Irak tuvo un relativo éxito; sin embargo, el peligro de caer en el conflicto es inherente a cualquier acción de los militares en la asistencia humanitaria. Este problema fue ilustrado gráficamente en Somalia, donde los esfuerzos de socorro militares fracasaron cuando varias facciones armadas percibieron que las fuerzas militares al comando de las Naciones Unidas habían tomado partido. Los ataques resultantes a las fuerzas de Naciones Unidas y las represalias armadas las llevaron eventualmente a abandonar el país (36). La injerencia de los militares es a menudo ambigua, confundiendo las varias tareas hacia el logro de la paz, su mantenimiento y el socorro. No se podría dudar de la ventaja logística de los militares; sin embargo, esta ventaja no siempre está asociada con apropiada experiencia en los aspectos técnicos de las operaciones de socorro. Además, la asistencia militar es costosa; por ejemplo, en los campos de ruandeses al este de Zaire, cada soldado norteamericano involucrado en el suministro de agua potable a los refugiados se acompañaba de una escuadra de soldados armados para su protección. Finalmente, ya que el desempeño de los militares depende de decisiones políticas de los gobiernos nacionales, no siempre está integrado a los planes de preparación ante desastres.

Elementos de la respuesta en emergencias

La pronta resolución de los conflictos que llevaron a la situación de emergencia es la respuesta prioritaria; al menos, las poblaciones civiles deberían estar protegidas de la violencia y la deprivación causadas por la guerra. La comunidad internacional ha logrado pocos éxitos en esta área. En ausencia de resolución del conflicto, aquellas comunidades que son totalmente dependientes de la ayuda externa para su supervivencia, ya sea porque han sido desplazadas de sus hogares o están viviendo bajo estado de sitio, deben ser provistas de los mínimos recursos necesarios para mantener la salud y el bienestar. La provisión de alimentos adecuados, agua potable, techo, saneamiento y abrigo evitarán las más severas consecuencias de las emergencias complejas en la salud pública. Las siguientes medidas representan los elementos básicos de la respuesta de emergencia:

- Suministrar alimentos que contengan las suficientes calorías, proteínas y micronutrientes esenciales. Las raciones generales deben contener al menos 1.900 kilocalorías por persona/día (más en climas cálidos), así como los mínimos requerimientos en proteínas y micronutrientes recomendados por las Naciones

Unidas (27). Los alimentos deben distribuirse regularmente a las unidades familiares, teniendo cuidado que los grupos socialmente vulnerables, como los hogares con cabeza de familia femenina, los menores no acompañados y los ancianos, reciban su parte. Además, es necesaria la distribución de combustible para cocina, utensilios y elementos para moler los cereales enteros. Ante la evidencia de que la deficiencia de vitamina A está asociada con la elevación de la mortalidad infantil y la ceguera, se requieren suplementos de esta vitamina en forma rutinaria para todos los refugiados menores de 5 años al primer contacto y cada 3 a 6 meses en adelante (37). Aunque los programas de suplemento alimentario son populares en las agencias de socorro, su efectividad en los campos de refugiados en ausencia de adecuadas raciones generales ha sido cuestionada (38). Cuando la ración familiar es insuficiente para suministrar la energía adecuada a todos los miembros, el suplemento (usualmente 400-600 kilocalorías/día) puede ser la única fuente de alimentos para los niños pequeños. Esto no es suficiente para mantener la nutrición. Si se suministran raciones generales adecuadas, los niños clínicamente subnutridos pueden beneficiarse de los suplementos diarios, pero únicamente si se hacen esfuerzos para identificarlos en la comunidad y se asegura su atención en los centros de alimentación. Los programas de alimentación terapéutica deben establecerse para proveer rehabilitación nutricional total de los niños severamente desnutridos (39).

- Suministrar agua potable en suficiente cantidad. La ACNUR recomienda un mínimo de 15 litros por persona/día para las necesidades domésticas – cocina, bebida y baño (40). En general, asegurar el acceso a cantidades adecuadas de agua medianamente potable es probablemente más efectivo en la prevención de la diarrea, especialmente disentería bacteriana, que el suministro de poca cantidad de agua pura libre de bacterias. Cuando son inevitables los campos de refugiados, la cercanía a fuentes de agua seguras necesita que se reconozca como el criterio más importante para la elección del sitio. El saneamiento adecuado es un componente esencial de la prevención de la diarrea. Si bien la eventual meta de los programas de saneamiento debe ser construir una letrina por familia, las medidas intermedias incluyen la designación de áreas separadas de defecación. Para su máximo impacto, esas medidas deben complementarse con educación comunitaria en higiene y la distribución regular de jabón.
- Implementar intervenciones apropiadas para la prevención de enfermedades transmisibles específicas. La inmunización de los niños contra el sarampión es probablemente la medida única más importante (y costo-efectiva) en las poblaciones afectadas por la emergencia, particularmente en los campamentos. Dado que los niños a los 6 meses de edad frecuentemente contraen la enfermedad en epidemias en campos de refugiados y tienen mayor riesgo de morir debido a la mala nutrición, se recomienda que los programas de inmunización en escenarios de emergencia se dirijan a los niños entre 6 meses y 12 años (41). Cuando la desnutrición afecta a toda la población y la exposición previa al sarampión es desconocida, puede ser prudente ampliar la cobertura hasta los 14 años de

edad. Los programas de inmunización deben eventualmente incluir todos los antígenos recomendados por la OMS en el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI). El control de la malaria en los campos de refugiados es más difícil. Bajo las circunstancias temporales que caracterizan a estos campos, las técnicas de control de vectores son impracticables y costosas. La pronta identificación y tratamiento de los sintomáticos es una medida más efectiva para reducir la mortalidad, aunque la extensión de la resistencia a la cloroquina signifique que el manejo efectivo se tornará más caro y técnicamente más difícil en el futuro.

- Instaurar programas curativos apropiados con un cubrimiento adecuado de la población. Un listado de medicamentos esenciales y protocolos de tratamiento estandarizados son elementos necesarios para dicho programa. No es necesario el desarrollo total de nuevas guías en cada situación con refugiados: varios manuales excelentes ya existen, se pueden adaptar tales guías a las condiciones locales (42,43). La OMS también ha desarrollado guías para el manejo clínico de la deshidratación por diarrea y la infección respiratoria aguda; éstas pueden usarse para el entrenamiento de trabajadores de salud comunitaria (TSC) (44,45). Algunos programas de socorro, como los de Somalia, Sudán y Malawi, han entrenado exitosamente gran número de refugiados como Community Health Worker para detectar casos de diarrea e infección respiratoria, suministrar tratamiento primario y remitir a los pacientes severamente enfermos a una clínica, incrementando entonces la cobertura de servicios de salud y disminuyendo los requerimientos de personal foráneo.
- Establecer un sistema de información en salud. Un sistema de vigilancia es parte esencial de un programa de socorro y debe establecerse inmediatamente (16). Sólo debe recogerse información de importancia en salud pública. La vigilancia de la mortalidad es crítica y puede requerir métodos creativos como la vigilancia de los cementerios las 24 horas. Además, se debe establecer la vigilancia del estado nutricional y de las enfermedades potencialmente epidémicas como el sarampión, el cólera y la disentería. La información sobre la cobertura y la efectividad debe recogerse sistemáticamente; tales datos deben incluir la cantidad promedio de raciones alimentarias distribuidas, la disponibilidad de agua potable por persona, la razón de letrinas por familia, la cobertura de inmunizaciones y de programas de alimentación suplementaria. La información recogida necesita ser analizada y ampliamente difundida en boletines regulares.

Resumen

Los datos de estudios epidemiológicos han identificado aquellos problemas que recurrentemente causan mayor mortalidad y morbilidad en los escenarios de emergencia y han mostrado que los niños pequeños y las mujeres tienen más riesgo de resultados adversos. Los programas de socorro necesitan dirigirse más claramente a esos

problemas de salud pública - sarampión, diarreas, desnutrición, malaria e infección respiratoria aguda – en esas mismas poblaciones. Además, deben explorarse nuevas soluciones a problemas recurrentes. Las emergencias continuarán ocurriendo y los refugiados continuarán buscando refugio en regiones remotas del mundo, donde la provisión de requerimientos básicos exige innovación. Hay necesidad de investigación sistemática, tanto operativa como de evaluación, en ciertas áreas de nutrición, suministro de agua y control de enfermedades.

Las decisiones en la administración del socorro necesitan basarse sobre información técnica sólida y los programas de asistencia deben ser sistemáticamente evaluados, no meramente por su cantidad y contenido sino por su impacto y efectividad. Las responsabilidades para la coordinación y la implementación de programas de socorro, deben compartirse con ONG competentes, experimentadas y probadas. Se requiere destinar mayores recursos al entrenamiento de personal, la preparación de planes de emergencia y el mantenimiento de las reservas regionales de suministros esenciales de socorro. Estas actividades deben incluir agencias de gobierno y no gubernamentales en los países en desarrollo donde las emergencias están probablemente por ocurrir. La opción cada vez más requerida de intervención militar, a menudo refleja la falta de atención a los conflictos en los estados tempranos de evolución. Determinada diplomacia aplicada tempranamente en un conflicto podría evitar la intervención militar más tarde, con todos sus problemas asociados, vistos recientemente en Somalia. Irónicamente, los programas humanitarios bien intencionados en Bosnia (por ejemplo, la injerencia de las fuerzas de paz de las Naciones Unidas), inadvertidamente han creado mayores obstáculos a iniciativas más efectivas para detener la violencia y pueden hoy prolongar el conflicto. A esto se debe el temor, por parte de los responsables de los programas de socorro, de que si el personal de Naciones Unidas interviene por la fuerza a parar o prevenir los abusos a los derechos humanos, puede resultar una respuesta armada que ocasione completos trastornos al programa de socorro humanitario.

La salud pública en la comunidad tiene un importante papel en el desarrollo de sistemas sensibles y precisos de alerta temprana, la documentación cuidadosa de las consecuencias de las emergencias en salud pública y el diseño de programas efectivos de socorro. Finalmente, los profesionales de salud pública pueden actuar como mediadores confiables para la pronta respuesta humanitaria a los más altos niveles políticamente decisores.

Referencias

1. Cobey J, Flanigin A, Foege W. Effective humanitarian aid: our only hope for intervention in civil war. *JAMA* 1993;270:632-4.
2. Zwi A, Ugalde A. Political violence in the third world: a public health issue. *Health Policy and Planning* 1991;6:203-17.
3. United Nations Children's Fund. *The state of the world's children, 1994*. New York: United Nations Children's Fund; 1994.

4. United Nations High Commissioner for Refugees. *Convention and protocol relating to the status of refugees*. HCR/INF/29/Rev 3. Geneva, Switzerland: United Nations High Commissioner for Refugees; 1992.
5. U.S. Committee for Refugees. *World refugee survey, 1994*. Washington, D.C.: U.S. Committee for Refugees.
6. Physicians for Human Rights and Africa Watch. *No mercy in Mogadishu*. New York: Africa Watch; 1992.
7. Human Rights Watch and Physicians for Human Rights. *Landmines: a deadly legacy*. New York: Africa Watch; 1993.
8. Garfield R, Neugut A. Epidemiologic analysis of warfare: an historical review. *JAMA* 1991; 266:688-92.
9. Centers for Disease Control and Prevention. Status of public health-Bosnia and Herzegovina, August-September 1993. *MMWR* 1993;42:973, 979-82.
10. United Nations Children's Fund. *A Programme of hope for Sarajevo*. New York: United Nations Children's Fund; 1993.
11. Coupland RM, Korver A. Injuries from antipersonnel mines: the experience of the International Committee of the Red Cross. *Br Med J* 1991;304:1509-12.
12. Stover E, McGrath R. *Land mines in Cambodia-The coward's war*. Boston: Physicians for Human Rights; 1991.
13. Physicians for Human Rights & Africa Watch. *Landmines in Mozambique*. New York: Africa Watch; 1994.
14. Swiss S, Giller J. Rape as a crime of war. *JAMA* 1993;270:612-5.
15. Toole M, Galson S, Brady W. Are war and public health compatible? *Lancet* 1993;341:935-8.
16. Centers for Disease Control and Prevention. Famine-affected, refugee, and displaced populations: recommendations for public health issues. *MMWR* 1992;41(RR-13):1-76.
17. Toole M, Waldman R. Refugees and displaced persons: war, hunger, and public health. *JAMA* 1993;270:600-5.
18. Centers for Disease Control. Public health consequences of acute displacement of Iraqi citizens: March-May 1991. *MMWR* 1991;40:443-6.
19. Goma Epidemiology Group. Public health impact of Rwandan refugee crisis. What happened in Goma, Zaire, in July 1994? *Lancet* 1995;345:339-43.
20. Centers for Disease Control and Prevention. Mortality among newly arrived Mozambican refugees, Zimbabwe and Malawi, 1992. *MMWR* 1993;42:468-9, 475-7.
21. Boss LP, Toole MJ, Yip R. Assessments of mortality, morbidity, and nutritional status in Somalia during the 1991-1992 famine. *JAMA* 1994;272:371-6.
22. Centers for Disease Control and Prevention. Nutrition and mortality assessment-southern Sudan, March 1993. *MMWR* 1993;42:304-8.
23. de Waal A. Famine mortality: a case study of Darfur, Sudan, 1984-85. *Population Studies* 1989;43:5-24.
24. Shears P, Berry AM, Murphy R, Nabil MA. Epidemiologic assessment of the health and nutrition of Ethiopian refugees in emergency camps in Sudan. *Br Med J* 1987;295:314-8.
25. Centers for Disease Control and Prevention. Health status of displaced persons following civil war, Burundi, December 1993-January 1994. *MMWR* 1994;43:701-3.
26. Toole MJ, Bhatia R. A case study of Somali refugees in Hartisheik A camp, eastern Ethiopia: health and nutrition profile, July 1988-June 1989. *Journal of Refugee Studies* 1992;5:313-26.
27. United Nations Administrative Committee for Coordination, Sub-Committee for Coordination, Sub-Committee on Nutrition (ACC/SCN). *Improving nutrition in refugees and displaced persons in Africa. Report of a workshop in Machakos, Kenya, December 1994*. Geneva: ACC/SCN; 1995.

28. Yip R, Sharp TW. Acute malnutrition and high childhood mortality related to diarrhea. *JAMA* 1993;270:587-90.
29. Toole MJ. Micronutrient deficiency diseases in refugee populations. *Lancet* 1992;333:1214-6.
30. Centers for Disease Control and Prevention. Outbreak of pellagra among Mozambican refugees-Malawi, 1990. *MMWR* 1991;40:209-13.
31. Desenclos JC, Berry AM, Padt R, Farah B, Segala C, Nabil AM. Epidemiologic patterns of scurvy among Ethiopian refugees. *Bull World Health Organ* 1989;67:309-6.
32. Kunz EF. The refugee in flight: kinetic models and forms of displacement. *International Migration Review* 1973;7(3).
33. Hansen A. Once the running stops: assimilation of Angolan refugees into Zambian border villages. *Disasters* 1979;3:369-74.
34. Manoncourt S, Doppler B, Enten F, *et al.* Public health consequences of civil war in Somalia, April 1992. *Lancet* 1992;340:176-7.
35. Sharp TW, Yip R, Malone JD. U.S. military forces and emergency international humanitarian assistance. *JAMA* 1994;272:386-90.
36. Toole MJ. Military role in humanitarian relief in Somalia. *Lancet* 1993;342:190-1.
37. Nieburg P, Waldman RJ, Leavell R, *et al.* Vitamin A supplementation for refugees and famine victims. *Bull World Health Organ* 1988;66:689-97.
38. Gibb C. A review of feeding programmes in refugee reception centers in Eastern Sudan, October 1985. *Disasters* 1986;10:17-24.
39. Dick B. Supplementary feeding for refugees and other displaced communities-questioning current orthodoxy. *Disasters* 1986;10:53-64.
40. United Nations High Commissioner for Refugees. *Water manual for refugee situations*. Geneva: United Nations High Commissioner for Refugees; 1992.
41. Toole MJ, Steketee RW, Waldman RJ, Nieburg P. Measles prevention and control in emergency settings. *Bull World Health Organ* 1989;67:381-8.
42. Desenclos JC, editor. *Clinical guidelines. Diagnostic and treatment manual*. 2nd. ed. Paris, France: Médecins Sans Frontières; 1992.
43. Mears C, Chowdhury S, editors. *Health care for refugees and displaced people*. Oxford, U.K.: Oxfam; 1994.
44. World Health Organization. *The treatment of acute diarrhea*. WHO/CDD/SER(80.2. Rev.1. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1984.
45. World Health Organization and UNICEF. *Basic principles for control of acute respiratory infections in children in developing countries*. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 1986.