



*Asistencia al lado del camino: Los alimentos satisfacen el cuerpo de los refugiados y desplazados, pero pueden y deben hacer mucho más si las agencias quieren garantizar una buena salud y no solo la ingesta de calorías. Los alimentos pueden ser un gesto de amistad y solidaridad, pueden contribuir a construir el futuro. Es un recurso para ser intercambiado. Un uso innovador de la ayuda alimentaria, combinar la ayuda alimentaria con otras formas de ayuda y los esfuerzos por compatibilizar los recursos con las necesidades de los individuos y las familias, puede contribuir a conservar o ensanchar las capacidades, la seguridad y el capital de las personas vulnerables.*

Alimentando desplazados, Serbia, 1995. Abbas/Magnum.

## ¿Alimentos para la vida o para la subsistencia?

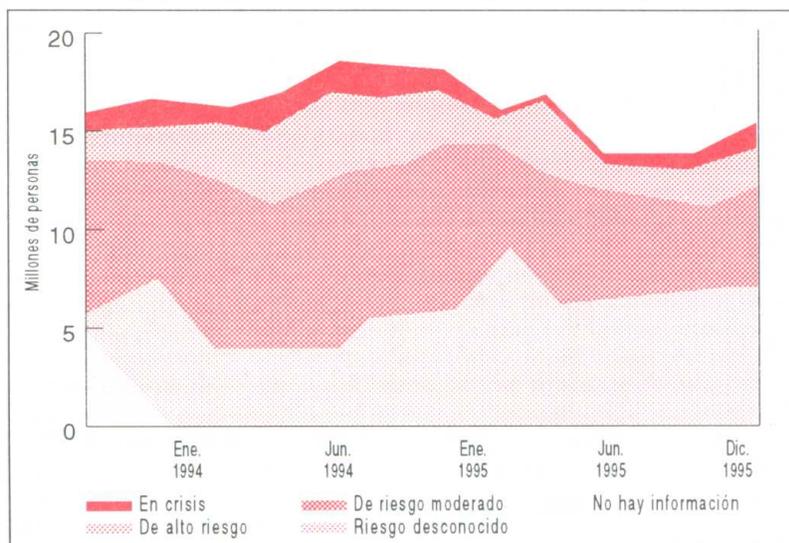
La mayor parte de los refugiados en los países pobres tienen problemas nutritivos. Muchos se encuentran débiles, muy delgados (...) Algunos padecen hambre y otros no porque están tan enfermos que han perdido el apetito. Muchos sufren por deficiencias de micronutrientes, de escorbuto, pelagra, enfermedades que casi se extinguieron en los setentas pero que han reaparecido con el surgimiento de los refugiados.

Se estima en 40 millones el total de refugiados y desplazados en todo el mundo. El grupo más numeroso se encuentra en el África Subsahariana, donde varios millones de personas sufren de desnutrición. El segundo grupo más grande es producto del conflicto afgano. Se estima que cerca del 25% del total de refugiados y desplazados afganos están desnutridos.

Casi todas estas personas fueron desplazadas por la guerra. Por tanto, los números fluctúan con los cambios políticos. Por ejemplo, en febrero de 1996 parecía que la población afectada en África había descendido de 19 millones (punto más alto en agosto de 1994) a cerca de 12 millones en octubre de 1995, pero en realidad estaba empezando a subir nuevamente. La mayor parte de la reducción obedeció al cese del conflicto en Angola y Mozambique. Las cifras correspondientes al sur de Sudán también disminuyeron a finales de 1994. Este grupo que promedia los 15 millones de personas, es más grande en tamaño

*Ilustración 3.1*  
**Riesgo de desnutrición: Refugiados y desplazados internos en peligro de denutrición en África.**  
 En un continente donde la población sufre un gran riesgo de desnutrición, los refugiados y desplazados se encuentran en una situación peor. La mortalidad infantil es 10 veces mayor en la población refugiada africana que en el resto del continente.

Fuente: ACC/SCN, RNIS #14, Febrero, 1996.



que los estados africanos (con excepción de seis países que componen la región subsahariana), apenas del tamaño de Ghana.

En esta «nación» de 15 millones de refugiados, la tasa de mortalidad infantil es diez veces superior al promedio del resto del continente y es responsable de cerca de una quinta parte del total de muertes infantiles. La prevalencia del marasmo varía entre un 10% y un 60% en la población joven, lo cual se correlaciona muy de cerca con las tasas de mortalidad. El marasmo generalmente se asocia con la disponibilidad de alimentos. La información acumulada en los últimos años demuestra que en la mitad de los casos observados la disponibilidad de alimentos era inferior a las 1.500 kcals/per cápita/día, menos de tres cuartos de la ingesta mínima necesaria. La mortalidad en estos grupos ascendió a más de 20 veces sobre la tasa normal. Hay que agregar a esto la falta de micronutrientes.

Resulta especialmente trágico que una parte considerable de los casos de desnutrición, hambre y mortalidad ocurran en lugares accesibles, pues es poco tal vez lo que se pueda hacer por poblaciones aisladas por la guerra o por la distancia geográfica.

Por otro lado, los casos nuevos de personas enfermas o desnutridas pueden dificultar, en los primeros días después de su ingreso oficial, la prevención de una alta mortalidad en los campamentos. La desnutrición severa y las altas tasas de mortalidad pueden continuar por semanas, meses e incluso años después de que los refugiados han llegado a un campamento. Hay situaciones donde el flujo de personas es tan elevado y las condiciones tan difíciles, que lo primero que producen es una crisis y sólo después se vuelve a la normalidad. Un ejemplo claro de esto fue lo sucedido en Goma. Pero si las agencias y los gobiernos proporcionan los recursos y la organización adecuados -incluso si los refugiados son muchos y se encuentran en condiciones de extrema pobreza - la situación puede mejorar rápidamente. Fallas en el socorro con demasiada frecuencia facilitan períodos muy prolongados de mala nutrición y muerte.

Este capítulo trata de cómo se puede proteger mejor y más rápidamente la nutrición (y por ende la salud y la sobrevivencia), una vez que los refugiados y los desplazados tienen acceso a la ayuda externa, por lo general en los campamentos.

Existe la creencia, ampliamente extendida, de que no son solamente las limitaciones en el abastecimiento lo que impide un auxilio alimentario más efectivo, sino también el uso que se les dé a los recursos disponibles. Aunque sin duda es importante garantizar una ingesta calórica de alrededor de 2.000 kcals/por persona/día, la verdadera diferencia la pueden

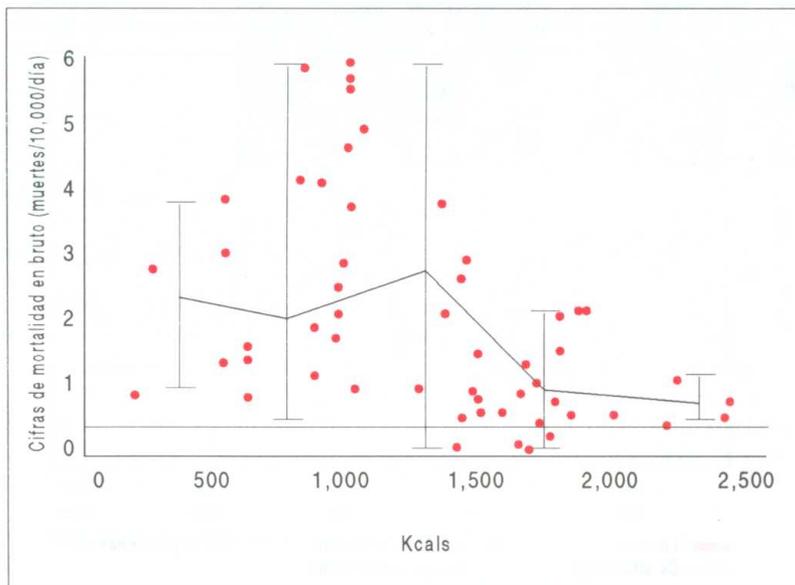


Ilustración 3.2

**Calorías y mortalidad: el vínculo entre la ingesta de alimentos y la mortalidad**

Una reciente encuesta sobre refugiados hizo evidente la asociación entre el incremento de alimentos y un descenso en las tasas netas de mortalidad. Los desnutridos son más susceptibles a las enfermedades y duran más tiempo para recuperarse de ellas. Garantizar a los refugiados y a los desplazados una dieta adecuada contribuye a reducir el costo de los servicios médicos.

Fuente: Base de datos de los Informes de RNIS.



marcar la calidad de la alimentación ofrecida, la organización racional de los programas de alimentación, la capacidad para hacer frente a deficiencias específicas, etc. Preocupa la ausencia de claridad en relación con las políticas subyacentes.

La indigencia es la principal causa del hambre y la mala nutrición. Atacar estas sin prestar atención a aquella resulta, con frecuencia, poco eficaz y puede provocar más desnutrición y muerte. Otras necesidades tan perentorias como la alimentación -agua, techo, combustible, ropa- pueden llevar a los indigentes a vender o cambiar los alimentos para satisfacerlas. Cuando las agencias o los donantes entregan únicamente comida, es inevitable que los indigentes se conviertan en desnutridos ya que utilizarán parte de aquella en llenar otras necesidades. Proporcionar más alimentos para la venta o el trueque o, bien, otorgar bienes no alimentarios o dinero, puede contribuir a reducir este problema.

Es increíble que estos problemas aún persistan y que algunos donantes se resistan a ofrecer más, argumentando que los desamparados no aprecian las donaciones alimentarias al utilizarlas con otros fines. Sin embargo, atender tanto las necesidades alimentarias como de otro tipo es un aspecto crucial de la política, por lo que su priorización puede contribuir a reducir significativamente la desnutrición y la mortalidad entre los refugiados y los desplazados.

## Recuadro 3.1 Problemas comunes debido a la deficiencia de micronutrientes

*Deficiencia de Vitamina A (DVA).* Ocurre en regiones endémicas, especialmente en el sudeste asiático, África del este y del sur. Causa ceguera y aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad entre recién nacidos y niños pequeños. La DVA puede exacerbarse por episodios agudos de enfermedades infecciosas, especialmente el sarampión, y se asocia con un aumento en la tasa de mortalidad causada por esta enfermedad. La mayor parte de las raciones para los refugiados proporcionan menos que el mínimo RDA de 2.500 IU por día.

*Anemia por deficiencia de hierro* (Hb-10g/dl en niños de 0 a 5 años y mujeres embarazadas; -11g/dl en mujeres no embarazadas; y -12.5 g/dl en hombres). Ocurre en todo el mundo. Afecta especialmente a mujeres en edad fértil y contribuye a aumentar las tasas de mortalidad materna.

Esta anemia es más común en aquellos lugares donde los productos animales (especialmente la carne) no están presentes en la dieta. Puede ser común también en los niños. Puede exacerbarse producto de la malaria en las zonas endémicas. En cualquier caso, esta es, probablemente, la enfermedad de mayor prevalencia causada por deficiencia en los micronutrientes.

*Escorbuto (deficiencia de vitamina C).* Las epidemias de escorbuto han ocurrido principalmente en los grandes campamentos de refugiados en el Cuerno de África (Etiopía, Sudán y Kenia), donde los refugiados no tienen acceso a frutas y vegetales frescos. Aunque el escorbuto puede afectar tanto a los adultos como a los niños, diversos estudios han demostrado que el riesgo es mayor en las mujeres, especialmente en las embarazadas, que en los hombres, y que la posibilidad de que se produzca aumenta con la edad. El principal factor de riesgo es el tiempo de permanencia

en los campamentos, sobreviviendo con raciones que carecen de vitamina C. Aunque el mínimo RDA de vitamina C es de 25 mg, el consumo diario de 10 a 15 mg puede prevenir las manifestaciones clínicas del escorbuto.

*Pelagra (deficiencia de niacina).* Esta enfermedad se ha presentado en campamentos de refugiados, principalmente en el sur de África, en Malawi, Zimbabwe y Angola, donde el cereal incluido es el maíz. La pelagra se ha manifestado también en aquellos sitios donde las raciones no incluyen leguminosas como, por ejemplo, las nueces.

Aunque la enfermedad afecta tanto a adultos como a niños, es más frecuente en las mujeres que en los hombres y aumenta con la edad. La pelagra es poco común en recién nacidos y niños pequeños. Las raciones diarias deben incluir al menos 13 mg de niacina o su equivalente.

*Beriberi (deficiencia de tiamina).* Esta deficiencia ha ocurrido en los campamentos de refugiados en Tailandia, Nepal y Djibouti, donde hay poca diversidad de dietas, las cuales, en su mayoría, se basan en cereales, principalmente arroz. La deficiencia de tiamina en niños puede aumentar el riesgo de problemas cardíacos y muerte.

*Desórdenes por deficiencia de yodo (DDY).* Existen en la mayor parte del mundo y son consecuencia de un bajo consumo de yodo en la dieta. Entre sus consecuencias está el bocio, reducción de las funciones mentales, cretinismo, aumento en la tasa de niños nacidos muertos, abortos y mortalidad infantil. Muchos refugiados africanos están ubicados en regiones de alto riesgo de DDY y no cuentan con programas efectivos de control. Siempre se debe utilizar sal yodada en las raciones para prevenir el DDY. ■

Fuente: Extracto de M. Toole, 1994.

Hay otros factores que también conllevan potenciales beneficios de largo alcance, como son la composición general de la canasta alimentaria, su aceptación cultural, el gusto y la variedad en cuanto a los nutrientes. También es importante llegar a acuerdos claros sobre políticas en cuanto a programas de alimentación, complementación y fortalecimiento de la dieta para atender necesidades específicas de micronutrientes, y posibles mejoras de las prácticas a través de una mayor capacitación e información.

Aquí se plantean tres ideas. La primera tiene que ver con el control para garantizar el cumplimiento de algunas normas esenciales de nutrición y salud y el desarrollo de acciones inmediatas si no es así. La segunda se relaciona con la atención tanto de las necesidades nutricionales como de las de otros tipos, así como con el papel que juega la ayuda alimentaria. Finalmente, la tercera sugiere que un uso imaginativo de la tecnología no sólo permitiría adecuar mejor los alimentos a las necesidades individuales, economizando recursos, sino obviar algunos programas que son muy complicados e inapropiados por cuanto demandan mucho tiempo y en realidad vienen a compensar de una manera muy onerosa varias deficiencias en el sistema de nutrición.

### Niveles de detonación

Las normas serán cruciales para el futuro del socorro humanitario. El *Código de Conducta* (capítulo 13) ofrece los principios generales para guiar la práctica. La salud y la nutrición requieren ideas similares. Independientemente de la intención, el concepto de metas mínimas aceptables (por ejemplo, sobre tasa de mortalidad entre refugiados) conlleva dificultades si implica algo menos que la normalidad. Por ejemplo, fijar una tasa de mortalidad de 1/10.000/día, que es aproximadamente tres veces la normal, corre el riesgo de que signifique aceptar muertes que pueden ser prevenidas, aunque esta no sea la intención.

Un concepto alternativo más apropiado puede ser «niveles de detonación». Este hace referencia a los niveles de los indicadores que exigen una acción especial, más allá de la que ya se haya tomado, y una mayor responsabilidad. La acción requerida deberá ser

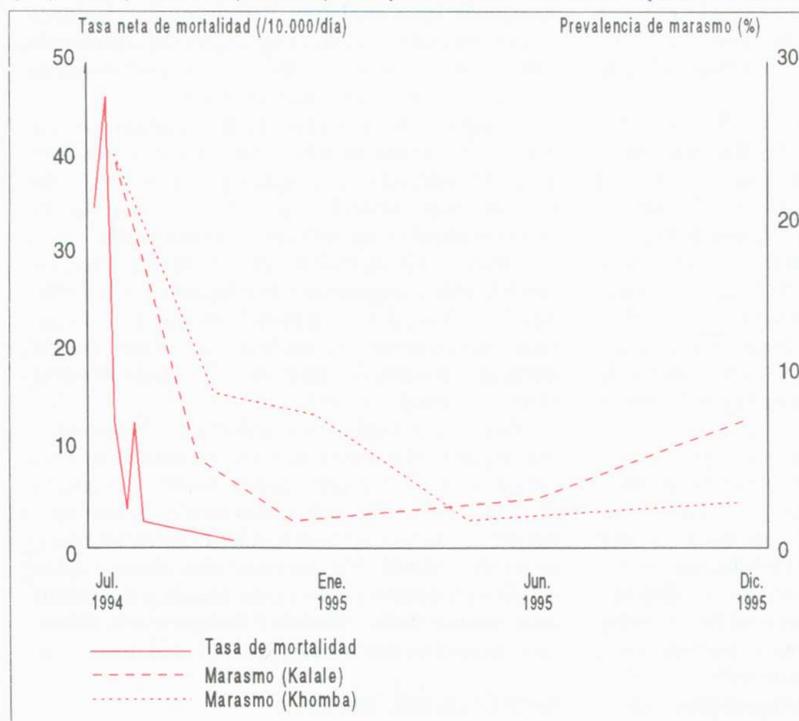


Ilustración 3.3

**Asistencia y supervivencia: tendencias en la prevalencia del marasmo y las tasas netas de mortalidad en los campos de refugiados rwandeses en Goma y Zaire.**

*Una asistencia bien organizada a los desplazados puede tener un rápido efecto sobre las tasas de mortalidad. Entre los refugiados rwandeses esas tasas se redujeron rápidamente en un período de cinco meses después de que el socorro empezó a fluir y se brindaron servicios adecuados de salud. Igualmente, las tasas de desnutrición disminuyeron dramáticamente después del segundo semestre de 1994, cuando la distribución de ayuda alimentaria estuvo mejor organizada, pero volvieron a aumentar con las dificultades económicas.*

Fuente: Base de datos de los informes de RNIS



decidida con base en cada caso particular, pero, por lo general, implicará más alimentos y mejores servicios de salud, sanidad, agua, combustible, refugios, etc. Como los indicadores finales son los que se encuentran más fácilmente a disposición -por ejemplo, nutrición, mortalidad - resultarán particularmente útiles.

El Sistema de Información sobre Nutrición de Refugiados (SINR), iniciado por el Subcomité de Nutrición de las Naciones Unidas, ha evidenciado que una cantidad sorprendente de información se encuentra disponible en los informes de las agencias, fuentes administrativas e investigaciones específicas. Tres de los tipos más comunes de información son: abastecimiento de alimentos, generalmente calculados en kilocalorías/por cápita/día; predominio de marasmo en niños pequeños, tasas de mortalidad

Hemos empezado a saber cómo se relacionan entre sí estos factores. El abastecimiento de calorías por debajo de los 1.500 kcal/persona/día se asocia frecuentemente con un alza en la tasa de mortalidad. Esta es mucho más baja cuando la proporción es superior a las 2.000 kcal/persona/día. La presencia del marasmo en el 10%-15% de los niños pequeños constituye un indicador de una tasa por encima de 1/10.000/día.

En Centro de Control de Enfermedades de los EEUU ha sugerido, en cuanto a los niveles de mortalidad, que la relación 1/10.000/día debe considerarse como muy severa y que cuando sube a 2/10.000/día evidencia una crisis fuera de control. Sin olvidar lo dicho en cuanto a la ética de la aceptación, serían útiles dos niveles de detonación: una mortalidad superior a la normal de 0.3/10.000/día demandaría una acción adicional; superior a 1/10.000/día representa una crisis que exige una intervención especial.

Los niveles de detonación y otros recursos de alerta se comparan a veces con las luces indicadoras en los sistemas mecánicos. Por ejemplo, verde indica una situación normal, el ámbar precaución y la roja, crisis. Nosotros probablemente tendríamos que agregar

## Recuadro 3.2 Relativo, absoluto: ¿qué es una emergencia?

«El significado de una emergencia es una noción relativa que en mucho depende de quién vea el proceso. Para la gente, hay una situación de emergencia cuando debe empezar a vender los bienes necesarios para tener una subsistencia sostenible, ya que sus recursos renovables no son suficientes. A lo que más le temen es a la indigencia; para el delegado de una agencia internacional depende en mucho de cómo sea su actitud ante la situación; para el político, de sus intereses políticos, para el ciudadano occidental común es cuando la gente empieza a morir de hambre. Más aún, no es posible definir una emergencia como un conjunto fijo de condiciones.

El problema de una emergencia probablemente sea que las personas que se encuentran atrapadas en ella dependen de la ayuda de quienes están en una posición de decidir hasta qué punto ayudan, de qué manera y con qué objetivos. La situación se complica más aún con los aspectos éticos y morales que no están del todo claros. Finalmente, las consideraciones políticas son, en muchas circunstancias, un factor crítico que influye en la asistencia.

Parece claro que cuanto mayor sea la indigencia y

la ayuda alimentaria sea la única con que cuentan, es más probable que los beneficiados le den otro uso.

Se ha hecho una importante observación en relación con el consumo de alimentos y la pobreza: los hogares más pobres no invierten más del 80% de su presupuesto en alimentación, incluso si ello significa desnutrición. Por ello, si la comida es su único ingreso, sobre todo en los campamentos, utilizarán parte de ella como medio de intercambio para atender otras necesidades vitales.

Esta fue una realidad chocante en Etiopía, en 1985, y en Rwanda, en 1992 y 1993. Allí la mayoría de las personas, a pesar de su alto grado de desnutrición y mortalidad, vendían parte de las raciones que recibían, pese al enojo de las agencias internacionales. Además, las raciones no cubren completamente las necesidades energéticas, por lo que el problema se agrava.

Tomando en cuenta lo que se ha dicho antes sobre la vulnerabilidad, las emergencias y las comidas en un contexto de hambruna, la consecuencia obvia es que debemos abocarnos a brindar una asistencia humanitaria temprana y diferenciada.» ■

Fuente: Extracto de A. Mourey, CICR, 1994