

### 3. DESCRIPCION DEL PLAN DE DIAGNOSTICO Y ATENCION DE SALUD INTEGRAL PARA LA FASE DE DESMOVILIZACION E INCORPORACION DE LA URNG A LA VIDA CIUDADANA

El Plan de Diagnóstico y Atención de Salud Integral para la Fase de Desmovilización e Incorporación de la URNG a la Vida Ciudadana se ejecutó en 8 campamentos, cuya ubicación fue seleccionada por la comandancia de URNG y la MINUGUA, de acuerdo con las áreas de acción del grupo desmovilizado.

A continuación se presenta el marco estratégico que guía las actividades del Plan y se describen los programas de trabajo contemplados en el mismo. Se detallan además los recursos financieros, humanos e institucionales comprometidos inicialmente, así como los mecanismos de coordinación y distribución de tareas utilizados para desarrollar el trabajo conjunto de las organizaciones involucradas y el sistema de referencia y contrareferencia implementado. Así mismo, se especifican los mecanismos de supervisión, control, seguimiento y evaluación de actividades desarrollados. Se concluye esta sección con el detalle del cronograma establecido para el desarrollo de las actividades planificadas.

#### 3.1 MARCO ESTRATEGICO

El Plan de Diagnóstico y Atención de Salud Integral, Fase de Desmovilización es parte de la estrategia para la desmovilización de las fuerzas de la URNG como parte del cumplimiento de los Acuerdos de Paz. Para ello se definió un marco estratégico que incluyó los siguientes puntos:

Cuadro 2  
Marco Estratégico para las Acciones  
del Plan de Diagnóstico y Atención Integral de Salud,  
Fase de Desmovilización

OBJETIVOS GENERALES	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnosticar el estado de salud actual y garantizar la atención médica integral a los excombatientes de URNG en la fase de desmovilización.</li> <li>• Implementar acciones de promoción, prevención y tratamiento dirigidas a controlar la posible propagación de las enfermedades de los excombatientes y sus condiciones de salud.</li> <li>• Sistematizar la información recabada con los diferentes instrumentos utilizados para planificar y jerarquizar los programas y acciones en salud a desarrollar en las fases posteriores de la incorporación.</li> </ul>
---------------------	--

<p>OBJETIVOS ESPECIFICOS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar que desde los primeros momentos de la desmovilización de los combatientes existan las óptimas condiciones higiénico-sanitarias y ambientales para una vida digna.</li> <li>• Garantizar la prevención de enfermedades mediante actividades de educación y promoción en salud, detectar oportunamente los casos que requieran atención especial y así propiciar una integración social, económica, cultural y política adecuada.</li> <li>• Cubrir los requerimientos generales e inmediatos en salud mental, así como potencializar en un futuro próximo el trabajo comunitario, además de fortalecer y mejorar las relaciones humanas.</li> <li>• Atender las necesidades de salud oral, disminuyendo todas aquellas afecciones bucales que tengan que tratarse en forma curativa y de rehabilitación, durante la fase de desmovilización.</li> </ul>
<p>ESTRATEGIAS</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Utilización al máximo posible de los recursos a nivel de campamento.</li> <li>• Fortalecimiento de las unidades o servicios de salud seleccionados existentes cerca de cada una de las áreas de los campamentos de desmovilización que atenderán la referencia.</li> <li>• Establecimiento de una adecuada coordinación del Equipo de Salud Interno de cada punto de desmovilización con los servicios y personal locales de salud del MSPAS y con OPS/OMS.</li> </ul>

Fuente: Documento Oficial del Plan de Diagnóstico y Atención Integral de Salud, Fase de Desmovilización.

### 3.2 PROGRAMAS DE TRABAJO

Para lograr los propósitos planteados en el Plan, se identificaron cuatro programas principales a desarrollar en cada campamento. Estos fueron:

- a) *Vigilancia Epidemiológica y Saneamiento Ambiental;*
- b) *Atención Médica;*
- c) *Salud Mental;* y
- d) *Salud Oral.*

Dichos programas fueron la base de la distribución del trabajo entre los equipos que participaron en la ejecución del Plan. Cada programa estuvo bajo la responsabilidad de una o varias de las instituciones que participaron en el proceso.

Cuadro 3  
Distribución de Responsabilidades por Programas a Ejecutarse  
para el Diagnóstico y Atención Integral de Salud, Fase de Desmovilización

PROGRAMA	RESPONSABLES
1. VIGILANCIA EPIDEMIOLOGICA Y SANEAMIENTO DEL MEDIO	URNG MSPAS MSF-F
2. ATENCION MEDICA	URNG MSPAS* MDM-E
3. SALUD MENTAL	URNG MSPAS*
4. SALUD ORAL	URNG USAC-FO UMP

MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

USAC-FO: Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos

URNG: Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca

MSF-F: Médicos sin Fronteras-Francia

MDM-E: Médicos del Mundo-España

UMP: Universidad Misionera del Pobre

\*Se refiere a servicios de salud de referencia de la red nacional previamente identificada.

Fuente: Documento Oficial del Plan de Diagnóstico y Atención Integral de Salud, Fase de Desmovilización. Anexo No. 3

### 3.3 PRESUPUESTO

Para el desarrollo de los programas se presupuestaron aportes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, de la Unión Europea y de USAID, según se detalla a continuación:

Cuadro 4  
Presupuesto de Ingresos del Plan de Diagnóstico y  
Atención Integral de Salud, Fase de Desmovilización

FUENTE	MONTO (\$US)	%
Unión Europea	239,684.00	77.1
USAID/G-CAP	60,000.00	19.3
MSPAS	11,113.00	3.6
TOTAL	310,797.00	100.0

Fuente: Documento Oficial del Plan de Diagnóstico y Atención Integral de Salud, Fase de Desmovilización.

Nota: El aporte de OPS se especificó después de presupuestado el plan (Ver cuadro 17).

Dichos recursos fueron asignados a los cuatro programas principales del Plan, en los montos y proporciones que se detallan en el Cuadro 5.

Cuadro 5  
Presupuesto de Egresos del Plan de Diagnóstico y  
Atención Integral de Salud, Fase de Desmovilización

PROGRAMA	COSTO (US\$)	%
1. Vigilancia Epidemiológica y Saneamiento del Medio	39,664.00	12.8
2. Atención Médica	197,618.00	63.6
3. Salud Mental	41,587.00	13.3
4. Salud Odontológica	22,625.00	7.3
5. Gastos Administrativos	9,303.00	3.0
<b>TOTAL</b>	<b>310,797.00</b>	<b>100.0</b>

Fuente: Documento Oficial del Plan de Diagnóstico y Atención Integral de Salud, Fase de Desmovilización.

La descripción de los objetivos y las acciones realizadas en cada programa se describen con detalle en el Capítulo de intervenciones y resultados.

### 3.4 RECURSOS HUMANOS

Por las características de integralidad de las actividades a realizar, la planificación del recurso humano implicó la formación de equipos de trabajo que se responsabilizarían directamente de la ejecución de las actividades del Plan de Salud.

En este sentido, se planificaron, además del montaje del equipo de coordinación y apoyo de nivel nacional, cuya principal función sería apoyar y brindar asistencia técnica a los Equipos de Salud Internos (ESI) los siguientes equipos de trabajo:

Un *Equipo de Salud Interno (ESI)*, por cada uno de los campamentos. Dichos equipos se harían cargo de la coordinación y ejecución de las acciones previstas y estarían formados por:

- Uno o dos médicos de URNG (responsable(s) del ESI)
- Promotores de salud de segundo nivel de URNG
- Promotores de salud dental de URNG
- Un médico del MDM-E
- Cuatro o seis odontólogos practicantes de la USAC-FO

- Un promotor dental de la UMP
- Un piloto/logista de MDM-E

*Equipo de Laboratoristas*, proporcionado por el MSPAS. Sería responsable del procesamiento de las muestras.

*Equipo de Salud Mental*, compuesto por 10 profesionales especialistas (psiquiatras y psicólogos de URNG) para atender las acciones de salud mental dentro de los campamentos, y 15 especialistas (psiquiatras, psicólogos, enfermeras y trabajadores sociales del MSPAS para fortalecer el segundo y tercer nivel de atención del MSPAS.

*Equipos de Apoyo*, compuestos por un grupo de excombatientes seleccionados en cada campamento para apoyar las labores de saneamiento ambiental, promoción y vigilancia de la salud.

*Equipo o Comisión de Salud Local (CSL)*, integrado por el médico de URNG responsable del ESI, el médico del Centro de Salud y el director del Hospital del MSPAS más cercanos al campamento, el Jefe de Area, el epidemiólogo del MSPAS y un consultor de OPS/OMS. Los CSL serían los responsables de asegurar la efectiva coordinación de las acciones planeadas, tanto dentro como fuera de los campamentos.

### 3.5 CAPACITACION

Con respecto a la capacitación del recurso humano que participaría en las actividades del Plan, se desarrolló un taller que tenía como finalidad "...uniformizar y homogeneizar los criterios operativos..." para el trabajo por realizar en los campamentos. El mismo se celebró los días del 18 al 20 de febrero de 1997. Al mismo asistieron representantes de MSPAS, URNG, USAC-FO, UE, AID, MDM-E, MSF-F, UMP Y OPS/OMS. En dicho taller se prepararon además instrumentos de coordinación interinstitucional, y de seguimiento y referencia de casos.

El contenido de la capacitación estaba dirigido a:

- Orientar sobre el Plan de Atención Integral, formas de ejecución, normas de atención, y procedimientos de referencia y funcionamiento de salud dentro del campamento;
- Orientar sobre las funciones del Equipo de Salud Interno, de la Comisión Local de Salud, del Equipo Coordinador, y del Equipo de Apoyo;
- Orientar sobre los programas de vigilancia epidemiológica y saneamiento ambiental, de atención médica, salud oral y salud mental;

- Orientar sobre los Talleres de Salud Mental; y
- Acercamiento inicial entre las partes.



Taller de capacitación del personal de las Instituciones participantes en el desarrollo del Plan, realizado del 18 al 20 de febrero 1997. Representantes del MSPAS, URNG, USAC-FO, UE AID, MDM-E, MSF-F y OPS/OMS.

### **3.6 RECURSOS INSTITUCIONALES**

Para el desarrollo del Plan se identificó, además de los recursos instalados directamente dentro de los campamentos, los recursos institucionales de la red de servicios de salud de segundo y tercer nivel que apoyarían la implementación del Plan, tanto como parte del sistema de referencia de casos como en la resolución directa de la problemática de atención a los excombatientes en los campamentos.

En este sentido se realizó inicialmente un recorrido de visita de grupos de trabajo integrados por representantes de MSPAS, URNG, MDM-E, USAID y OPS/OMS a los servicios de referencia de cada área en que se situarían los campamentos, con el fin de verificar su capacidad resolutoria instalada, y sus principales requerimientos (mismos que serían atendidos con fondos de USAID) para asegurar una efectiva articulación al desarrollo del Plan.



Visita al campamento Sacol, Alta Verapaz, por autoridades de OPS/OMS y del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. De izquierda a derecha: Dr. Jacobo Finkelman, Representante OPS/OMS Guatemala; EPS Odontología, USAC; Dr. George Alleyne, Director OPS/OMS; Ing. Marco Tulio Sosa, Ministro y Dr. Carlos Andrade, Viceministro MSPAS.

### 3.7 RECURSOS MATERIALES

Para la dotación de las clínicas de los campamentos se cotizaron y adquirieron reactivos de laboratorio, medicamentos, suministros y equipo médico quirúrgico, y material odontológico. El monto presupuestado para los mismos fue el siguiente:

Cuadro 6  
Resumen de Costos para Equipamiento Clínico de los Campamentos

CONCEPTO	MONTO EN QUETZALES*
Reactivos y equipo de laboratorio	61,338.56
Equipo médico quirúrgico	86,332.22
Medicamentos y suministros	40,013.38
Suministros y equipo odontológico	24,113.90
<b>TOTAL</b>	<b>211,798.06</b>

\* Q 6.00 = \$US 1.00, aproximadamente

Los recursos para estas compras fueron proporcionados por la UE.

Fuente: Documento específico de cotización de materiales y suministros clínicos.

### **3.8 MECANISMOS DE COORDINACION**

La coordinación de las actividades constituyó una condición importante de la implementación exitosa de las acciones contempladas en el Plan. En este sentido, se planificaron dos niveles de coordinación. El primer nivel se planificó con las instituciones participantes, para la elaboración del plan y la distribución de responsabilidades en la ejecución, control y supervisión de las actividades a realizar.



Grupo coordinador reunidos del campamento Tzalbal Quiché, en reunión de planificación de actividades del plan.

Las instituciones que participaron y las principales responsabilidades asignadas durante esta etapa se detallan en el cuadro siguiente.

Cuadro 7  
Responsabilidades Asumidas en el Plan  
por las Diferentes Instituciones Participantes

INSTITUCION	FUNCIONES/RESPONSABILIDADES
MSPAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud</li> <li>• Fortalecimiento de los servicios de salud</li> <li>• Coordinación de mecanismos de referencia</li> <li>• Procesar muestras de laboratorio</li> <li>• Facilitar y asegurar la cadena fría</li> <li>• Facilitar recurso humano e Insumos para fumigar</li> <li>• Asesorar al equipo coordinador y a la Comisión de Salud Local</li> <li>• Facilitar la cooperación de epidemiólogos</li> <li>• Suministrar compresores para el equipo odontológico</li> <li>• Papelería para la administración de los servicios ofrecidos</li> </ul>
URNG	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud</li> <li>• Conducir a nivel del ESI la planificación, ejecución, y evaluación de las acciones de todos los programas del Plan</li> <li>• Dar atención médica directa.</li> <li>• Dar seguimiento al control, calidad y mantenimiento de la red de abastecimiento de agua y a la disposición y el tratamiento de residuos</li> <li>• Facilitar la coordinación de las instituciones a nivel local</li> <li>• Desarrollar el componente de salud mental</li> </ul>
USAC-FO	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud</li> <li>• Proporcionar 39 estudiantes del 5to. año de la Facultad de Odontología Para la atención oral directa</li> <li>• Aportar la mayor parte del equipo e instrumental odontológico para el trabajo</li> <li>• Supervisión de las actividades de salud oral</li> </ul>
MDM-E	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud</li> <li>• Participar en la ejecución del Plan</li> <li>• Corresponsabilidad a nivel del ESI en la planificación, ejecución, y evaluación del Programa de Atención Médica</li> <li>• Administrar los recursos financieros de la UE, para la compra y abastecimiento de los insumos de la atención integral en salud de los campamentos</li> <li>• Movilización de personal de salud y enfermos para referencias médicas</li> </ul>

MSF-F	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Construir la red de abastecimiento de agua y dar seguimiento a su control, calidad y mantenimiento; así mismo, lo relacionado con el tratamiento de residuos</li> <li>• Capacitar al personal del mantenimiento de red de abastecimiento de agua</li> <li>• Supervisar los campamentos para garantizar las medidas de saneamiento ambiental</li> </ul>
UMP	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Instalar, reparar y mantener el equipo odontológico en cada campamento</li> <li>• Participar en las actividades de salud oral con 7 personas en campo y 2 técnicos flotantes</li> </ul>
OPS/OMS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dirección técnica de las diferentes etapas del proceso</li> <li>• Preparar, elaborar, supervisar y evaluar el Plan de Salud</li> <li>• Asesorar al equipo coordinador y a la Comisión de Salud Local</li> <li>• Facilitar los procesos de comunicación y enlace entre los Equipos de Salud Interna y los niveles II y III de referencia</li> <li>• Administrar los recursos financieros de USAID para el fortalecimiento de la red de servicios de referencia del MSPAS.</li> </ul>
Notas:	<p>MSPAS: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social            URNG: Unidad Revolucionaria Nacional Guatemalteca            OPS/OMS: Organización Panamericana de la Salud            USAC-FO: Facultad de Odontología de la Universidad de San Carlos de Guatemala            MDM-E: Médicos del Mundo-España            MSF-F: Médicos sin Fronteras-Francia            UMP: Universidad Misionera del Pobre            ESI: Equipo de Salud Interno</p>

FUENTE: Documento Oficial del Plan de Diagnóstico y Atención de Salud Integral, Fase de Desmovilización, Anexo 3.

El segundo nivel de coordinación se planificó como responsable directo de la implementación del Plan. Para ello se especificaron diversas instancias de coordinación y ejecución general y por campamento (Cuadro 8).

**Cuadro 8**  
**Niveles, Funciones e Integrantes de las Principales Instancias de Coordinación**  
**Previstas en el Plan de Diagnóstico y Atención de Salud Integral,**  
**Fase de Desmovillización**

INSTANCIA DE COORDINACION	NIVEL	PRINCIPALES FUNCIONES	INTEGRANTES
Equipo Coordinador	Nacional	Coordinación general del Plan de Salud	-MSPAS -URNG -MDM-E -OPS/OMS
Comisión Local de Salud	Local	Coordinación entre el campamento y otras instituciones externas	-MSPAS -URNG -OPS/OMS
Equipo de Salud Interno (ESI)	Campamento	Coordinación y ejecución en cada campamento	-URNG -USAC-FO -MDM-E -UMP
Grupo de Apoyo al ESI	Campamento	Apoyo al trabajo del ESI	- URNG - Excombatientes

FUENTE: Documento Oficial del Plan de Diagnóstico y Atención de Salud Integral, Fase de Desmovillización.

### 3.9 SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

Un componente importante del Plan lo constituyó la articulación entre los servicios ofrecidos en los campamentos y la red nacional de servicios de salud, esencial para el manejo apropiado de casos cuya complejidad rebasara la capacidad instalada en los sitios de concentración. Para tal efecto, el Plan estableció entre sus estrategias:

*"Fortalecer las unidades o recursos institucionales seleccionados ya existentes en cada una de las áreas de los campamentos de desmovillización; y*

*"Establecer una adecuada coordinación del equipo de salud interno de cada punto de desmovillización con los servicios y personal de salud del MSPAS locales y OPS/OMS." (URNG et al. 1997:5)*

Ello requirió reconocer y valorar la capacidad instalada de los servicios circundantes a los campamentos según se indica arriba. Como parte de dicho reconocimiento se realizó una visita oficial a los jefes de Area y Distrito, con la intención de informar sobre la ubicación y características de funcionamiento del campamento, la conformación del Equipo de Salud

Interno, la Comisión de Salud Local, las actividades que se llevarían a cabo para la atención integral a los excombatientes y el papel del personal del MSPAS en dichas actividades, y los servicios seleccionados como establecimientos de referencia.

Para la conformación del sistema de referencia y contrarreferencia se identificaron servicios del MSPAS y del IGSS que atendería las necesidades de referencia de los campamentos. Dichos servicios ofrecerían además el procesamiento de muestras de laboratorio y estudios diagnósticos de apoyo. Las relaciones del sistema de referencia se presentan en el Anexo 7.

Para el tránsito de pacientes entre los campamentos y los servicios de referencia se diseñaron formularios específicos de referencia y contrarreferencia. La unidad de información se aseguraría a través del uso de un código homogéneo de identificación de cada excombatiente, a ser aplicado tanto dentro como fuera de los campamentos. Se coordinó además con las autoridades de MINUGUA para atender las necesidades de seguridad en el traslado de pacientes fuera del perímetro de los campamentos.

### **3.10 MECANISMOS DE SUPERVISION, CONTROL, SEGUIMIENTO Y EVALUACION DEL PROGRAMA**

Para llevar a cabo las acciones con éxito se planificó la aplicación de una serie de instrumentos (ficha médica, ficha de salud oral, cuestionario de salud mental, resultados de exámenes de laboratorio) que permitiría documentar la experiencia y contar con información confiable sobre la situación de salud de los excombatientes que se encontrarán en los campamentos.

Así mismo, se consideraron en el Plan mecanismos de coordinación, tanto al interior de los equipos que trabajarían en cada uno de los campamentos, como de los campamentos con las instituciones que estaban fuera de ellos. Al respecto, se definieron momentos para reuniones y visitas de apoyo en las diferentes áreas de trabajo y se facilitaron medios de comunicación para mantener un contacto permanente con los equipos de trabajo.

Las visitas de apoyo se aprovecharon para evaluar el avance y limitaciones en la ejecución del plan. Dos semanas antes del D+60 se inició la evaluación final de actividades al interior de los campamentos por los ESI, y del 5 al 7 de mayo se efectuó un taller de evaluación final.

### 3.11 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PLANIFICADAS

En el cronograma que a continuación se presenta, se muestran los tiempos y fechas estimadas dentro del Plan para el desarrollo de las diversas actividades en el conjunto de los campamentos. El detalle actividades por campamento se presenta en el Anexo 6.

Cuadro 9  
Cronograma General de Actividades del Plan

ACTIVIDADES	MESES/SEMANAS											
	II			III			IV			V		
	17-23	24-2	3-9	10-16	17-23	24-30	31-6	7-13	14-20	21-27	28-4	5-11
Entrega de los campamentos	17-2											
Fumigación	20-27											
Capacitación MSF-F	22-2											
Visita de Supervisión		25-28				31-4			21-27			
Traslado de personal e Insumos médicos		1-2										
Instalación de equipo dental		27-4										
Traslado de vacuna a centro de salud				10-14								
Atención Médica Diagnóstica y por demanda				10-28								
Atención Odontológica				10-28								
Vacunación, laboratorios y desparasitación					17-21							
Entrega papanicolaou en HGSJDD					17-21							
Taller de salud mental					18-12							

Notas: HGSJDD: Hospital General San Juan de Dios

Los números en las casillas se refieren a las fechas específicas que comprenden las semanas o en que se realizaron las actividades.

## 4. SITUACION DE VIDA Y SALUD DE LA POBLACION EXCOMBATIENTE

### 4.1 SITUACION PREVIA A LA DESMOVILIZACION

Durante el prolongado conflicto armado no fue posible evaluar de forma sistemática las condiciones de vida y el estado de salud de los grupos de combatientes. Se puede inferir, sin embargo, que el bienestar de los combatientes era un componente fundamental de una efectiva estrategia militar. No es de extrañar, por lo tanto, que se hayan hecho los esfuerzos necesarios para mantener a los efectivos militares en las mejores condiciones de salud posibles.

Las condiciones de salud de los distintos grupos que conformaron posteriormente la URNG sólo puede ser inferida de las evaluaciones clínicas efectuadas en los campamentos hacia donde fueron desmovilizados al suscribirse los Acuerdos de Paz, y del testimonio de excombatientes, particularmente aquellos involucrados en acciones curativas y promocionales.

El estado de salud de los combatientes de la URNG resultaba bastante heterogéneo en razón de su inserción en el conflicto armado: Las *fuerzas irregulares* residían en poblados de carácter permanente, compartiendo con sus vecinos las mismas actividades económicas y condiciones de vida. Su perfil de morbi-mortalidad, por lo tanto, era muy similar al de otras poblaciones en iguales condiciones de pobreza y marginación.

Las *fuerzas regulares*, por su parte, residían en campamentos guerrilleros. Sus particulares condiciones de vida, derivadas de las exigencias de la estrategia militar adoptada, determinaban su estado de salud. Cabe mencionar que ambos grupos, irregulares y regulares, fueron concentrados en los mismos campamentos luego de la firma de la Paz, por lo que el estado de salud de la población en los ocho campamentos de desmovilización, representó una mezcla del estado de salud de las fuerzas irregulares y de la situación de salud más satisfactoria de las fuerzas regulares.

Las fuerzas regulares contaron con asistencia médica permanente y los servicios de promotores de salud y promotores dentales, capacitados en los mismos campamentos en que residieron durante el enfrentamiento armado.

El grueso de los discapacitados de la URNG recibieron en su momento una atención que les permitiera una inserción más fácil en la vida productiva.

Especial atención se prestó a las acciones de promoción de la salud. Se organizaron cursos de educación sexual, hábitos higiénicos y preparación de alimentos, y campañas de prevención del paludismo. Los campamentos de la guerrilla contaban con letrinas secas y el abastecimiento de agua de ríos se aseguraba por medio de la cloración individual de pequeños depósitos. Se presentaron ocasionalmente casos de enfermedades de potencial epidémico, que aunque no se documentaron estas no alcanzaron las proporciones de las poblaciones civiles cercanas. Según se refiere, en términos generales, los campamentos guerrilleros probablemente alcanzaron grados aceptables con respecto a sus condiciones sanitarias.

La situación nutricional de los combatientes dependió de las posibilidades de acceso a fuentes regulares de aprovisionamiento. En la dieta regular se trataba de incluir alimentos de alto contenido proteico y bajo costo, como la soya. De esta cuenta el estado nutricional de los combatientes desmovilizados no era precario. Las acciones preventivas incorporadas a los hábitos de vida de los combatientes fueron también condicionantes importantes de su estado de salud.

Las actividades diarias de los combatientes usualmente incluían entrenamiento militar, tareas propias del mantenimiento del campamento, como la colecta de leña y agua y la construcción de infraestructura de vivienda y saneamiento básico. Se programaban actividades de capacitación política y de adquisición de habilidades y conocimientos específicos. La capacitación en salud para promotores constituyó una actividad importante para la campaña militar. Sobre todo hacia el fin del enfrentamiento armado, las noches se dedicaban a actividades recreativo-culturales, y durante los fines de semana se practicaban algunos deportes, particularmente el football.

Además se desarrollaron actividades de alfabetización que permitieron a la postre que los combatientes mostraran bajos niveles de analfabetismo, en relación al resto de la población. El nivel de capacitación y educación sanitaria alcanzado por los combatientes, y la garantía de un nivel alimentario-nutricional mínimo pueden explicar, en buena medida, el logro de un aceptable estado de salud, aún en condiciones de vida adversas.

## 4.2 SITUACIÓN DE SALUD DE LOS EXCOMBATIENTES

En coincidencia con lo anotado en el apartado anterior, el prediagnóstico realizado como parte del diseño del *Plan de Diagnóstico y Atención de Salud Integral* estimó que:

*"...los combatientes a ser atendidos en los campamentos de desmovilización [...] constituye[n] una población relativamente sana, sin mayores requerimientos de atención médica de urgencia. Se considera un bajo porcentaje de discapacitados que no requerirán de atención especial dentro del campamento.*

### 4.2.1 ORIGEN Y DEMOGRAFIA

La población concentrada en los campamentos era de diversos grupos étnicos. Así también, estaba integrada por grupos de distinta procedencia, acordándose que en cada campamento se concentraran excombatientes de distintos frentes, según se detalla a continuación.

**Cuadro 10**  
**Distribución de Excombatientes por Campamento**

Grupo Guerrillero	Campamentos de Desmovilización	Departamento de Localización de los Campamentos	Número de Excombatientes
Fuerzas Armadas Rebeldes -FAR-	Sacol	Nuevo Chahal, Alta Verapaz	656
	Los Blanco	Guanagazapa, Escuintla	368
Ejército Guerrillero de los Pobres -EGP-	Mayalán	Ixcán, El Quiché	430
	Tzalbal	Nebaj, El Quiché	504
	Tuluché I	Chiché, El Quiché	267
	Tuluché II	Chiché, El Quiché	258
Organización Rebelde del Pueblo en Armas -ORPA-	Las Abejas	Colomba, Quetzaltenango	250
Frente Unitario -FU-	Claudia	Guanagazapa, Escuintla	226
<b>TOTAL</b>			<b>2,959</b>

Fuentes: Informes de los ESI.

El área en que se instaló cada campamento correspondía aproximadamente a la zona de operación de los frentes de la URNG. Sin embargo, a la vez hubo un grado bastante importante de heterogeneidad al interior de cada campamento en cuanto a la procedencia de los excombatientes concentrados en él. Así por ejemplo, en los campamentos de Tuluché I y II se establecieron excombatientes de procedencia muy variada, según se anota a continuación:

Cuadro 11  
Comparación , en 2 Campamentos, de la Localización Geográfica de la Procedencia de los Excombatientes y del Campamento de Concentración

Campamento	Zona de Localización del Campamento	Zona de Procedencia de los Excombatientes
TULUCHE I	Chiché, El Quiché	-Chimaltenango - Ciudad de Guatemala -Quiché -Sololá
TULUCHE II	Chiché, El Quiché	-Chimaltenango -Ciudad y Departamento de Guatemala -Escuintla -Huehuetenango -Mazatenango -Quiché

Fuente: Informes de los ESI

La población concentrada en los campamentos era eminentemente de adultos jóvenes. En los campamentos de Sacol y Tzabal se observó que el 90% de los excombatientes concentrados tenían entre 15 y 44 años de edad. La distribución por sexo y grupo etario del personal desmovilizado fue la siguiente:

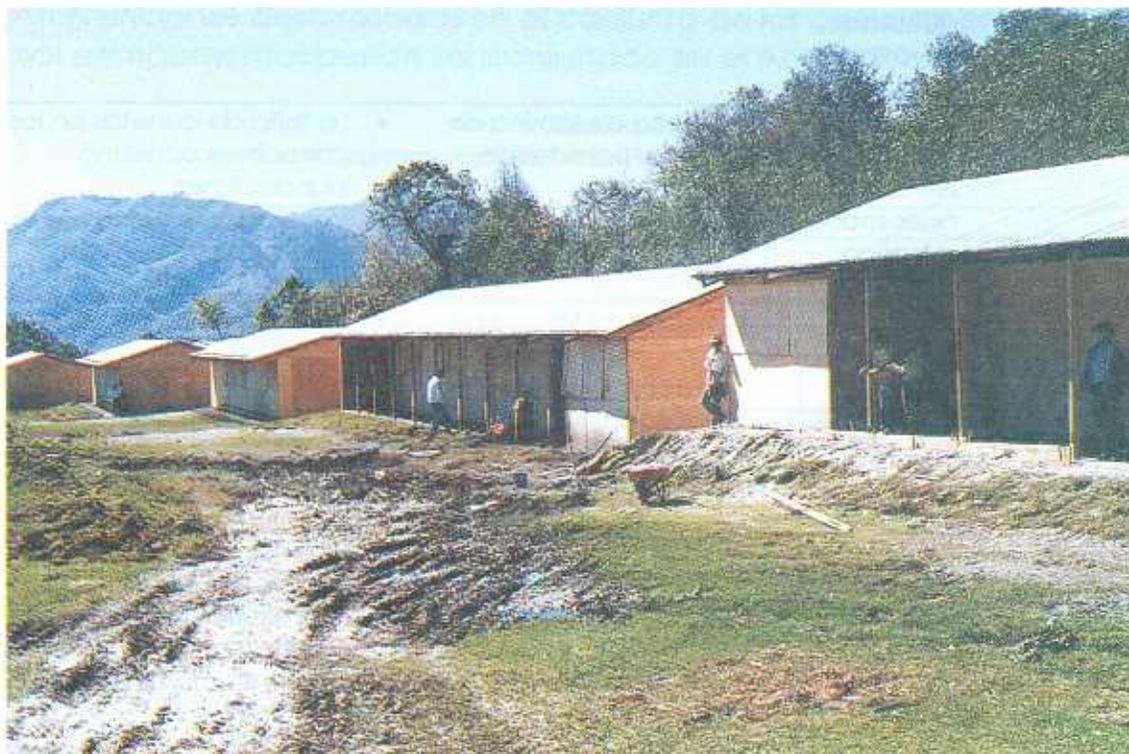
Cuadro 12  
Distribución por Grupo Etario y Sexo del Personal Desmovilizado

CAMPAMENTO	HOMBRES		MUJERES		NIÑOS		TOTAL	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Mayalán	356	82.8	58	13.5	16	0.95	430	100.0
Claudia	187	82.7	29	12.8	10	4.4	226	100.0
Las Abejas	191	76.4	43	17.2	16	6.4	250	100.0
Sacol*	529	80.6	85	13.0	42	6.4	656	100.0
Tzabal	420	83.3	61	12.1	23	4.6	504	100.0
Los Blanco	281	76.3	63	17.1	24	6.5	368	100.0
Tuluché I	185	69.3	52	19.5	30	11.2	267	100.0
Tuluché II	211	81.8	36	14.0	11	4.6	258	100.0
TOTAL	2,376	79.5	427	14.6	172	5.9	2,959	100.0

La relación de excombatientes según sexo varió entre 1 a 3.6 y 1 a 6.9 mujer:hombre entre los distintos campamentos.

#### 4.2.2 INSTALACION FISICA

Las edificaciones de los campamentos se fabricaron de distintos materiales, de acuerdo a las condiciones climatológicas de cada localidad, y en función de la disponibilidad de recursos económicos y la transitoriedad del uso de los campamentos. La Organización Internacional para las Migraciones- OIM – fue la institución responsable de la ejecución de las obras.



Instalaciones del Campamento Tz'albal, Quiché

Cada campamento contó con instalaciones de calidad variable para dormitorios de excombatientes solteros, parejas, niños y visitantes; comedor-cocina; instalaciones clínicas para medicina y odontología; oficinas del mando de URNG; bodegas; letrinas, duchas y pilas; zonas de capacitación; y zonas de recreación para adultos y niños. En tres de los campamentos se construyeron además varios kilómetros de caminos de acceso (CEAR 1997). En el Cuadro que sigue se describen las generalidades climatológicas y de terreno de la localidad de los campamentos, así como los materiales usados y su eventual desempeño.

Cuadro 13  
Condiciones Ambientales, Tipo de Edificación y Observaciones  
a los Mismos en los Campamentos

CAMPAMENTO	CLIMA Y TERRITORIO LOCAL	MATERIALES UTILIZADOS	OBSERVACIONES
-Sacol	Cálido y lluvioso, terreno quebrado, selvático.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Techos de hoja de palma, paredes de madera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ventilación insuficiente en las clínicas.</li> </ul>
Mayalán	Cálido y lluvioso, terreno quebrado, selvático.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Techo de lámina de zinc y paredes de madera.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La falta de cunetas en los corredores ocasionó inundaciones.</li> <li>Ventilación insuficiente en las clínicas</li> </ul>
-Las Abejas -Claudia -Los Blanco	Cálido y lluvioso, terreno ondulado.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Techo de lámina de zinc, aislante de cartón, ventilación cruzada, sin paredes, con cortinas de nylon enrollables.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abundante polvo.</li> </ul>
-Tzalbal -Tuluché I y II	-Templado, montañoso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Techo de lámina de zinc, madera contra-chapeada para forro de paredes, aislante de duropor y/o cartón corrugado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fuertes lluvias en dos ocasiones inundaron construcciones en Tzalbal.</li> <li>Infraestructura de las clínicas del campamento de Tuluché I fue inadecuada. Mala iluminación y poco espacio en clínicas de odontología y medicina.</li> <li>Tuluché II se estableció en el antiguo casco de la finca, que ya acondicionado ofreció excelentes condiciones de trabajo.</li> <li>La falta de pestañas adecuadas en los techos permitió la entrada de agua de lluvia al interior de las paredes de madera, deteriorándolas.</li> </ul>

Fuente: CEAR 1997; MINUGUA (s.f.); Informes de los Equipos de Salud Interna.