

# Las poblaciones desplazadas fuera de los campos

Alena Koscalova, Elena Lucchi y Sabine Kampmüller

**Las actuales herramientas de evaluación y estrategias de intervención se basan principalmente en experiencias de situaciones en los campos; lo que se necesita son respuestas innovadoras para abordar problemas específicos en entornos abiertos.**

En octubre de 2009 más de 280.000 personas se encontraban desplazadas en los distritos de Alto-Uele y Bajo-Uele, en la Provincia Oriental, al norte de la República Democrática del Congo (RDC). Los habitantes de esta región han sufrido una escalada de ataques del Ejército de Resistencia del Señor desde 2008, pero la dispersión geográfica de la población en esta vasta y remota región, agravada por las restricciones de seguridad, dificulta el acceso a la población de las organizaciones humanitarias y sólo una pequeña proporción de las personas desplazadas internamente (PDI) del Alto-Uele recibe ayuda de los actores humanitarios.

Las comunidades afectadas por los complejos patrones de violencia en toda la región suelen huir en repetidas ocasiones por temor a futuros ataques y, de manera repentina, pueden aparecer nuevos grupos de desplazados. Generalmente, las PDI de la RDC prefieren quedarse en comunidades de acogida antes que en campos. Alrededor del 70% se queda con familias de acogida o en comunidades de acogida y regresan a sus hogares de forma intermitente. Un reciente informe del CICR habla de la creciente "saturación" de las sobrecargadas comunidades de acogida (que suelen desembocar en mayores dificultades económicas y a veces en tensiones entre PDI y locales); del prolongado período de desplazamiento; y del "factor de atracción" que supone los mayores recursos (incluida la ayuda humanitaria) disponibles en los campos.<sup>1</sup>

Se observó también esta tendencia en el Alto-Uele, donde la vasta mayoría de las PDI se alojaban inicialmente con familias de acogida en la ciudad de Dungu, donde compartían recursos como alojamiento, agua y comida. Sin embargo, el inestable estado de seguridad hizo que los desplazamientos se prolongaran y las personas se quedaran sin la posibilidad de regresar a su hogar. Con el paso del tiempo, las capacidades tanto de la comunidad de acogida, como de los desplazados, se fueron mermando y muchas PDI sentían ser una carga demasiado pesada para la comunidad de acogida. Esta situación dio origen a la construcción de

"seudo-campos", zonas dentro de Dungu habitadas sólo por desplazados.

Esta situación provocó el aumento de la vulnerabilidad de los desplazados quienes, habiendo dejado la mayor parte de sus recursos con las familias de acogida, veían limitadas sus posibilidades de cultivar las nuevas tierras en las que se habían establecido debido a las pobres condiciones de seguridad. Algunos desplazados viven en cabañas construidas pobremente que ofrecen una protección inapropiada contra la lluvia y los insectos. La separación espontánea de las PDI de las comunidades de acogida debe considerarse como un alarmante signo de necesidades insuficientemente cubiertas, y parece indicar la conveniencia de distribuir incentivos o compensaciones (dinero, pagos en especie, vales, etc.) a las comunidades de acogida. Asimismo, se deben encontrar soluciones de ayuda viables y aceptables para las PDI autoasentadas dispersas a lo largo de vastas áreas.

La situación humanitaria en el Alto-Uele cambia constantemente, de manera que poblaciones enteras -incluyendo las de acogida- están desprovistas de asistencia y viven en situaciones precarias y condiciones inseguras. En ausencia de información más concreta sobre los especialmente vulnerables, una práctica operativa común entre las agencias internacionales es dirigirse a las zonas donde existe un gran número de desplazados. Sin embargo, el hecho de que los más vulnerables no necesariamente se encuentren allí resulta preocupante. En el aspecto médico, esto tiene implicaciones para agencias como la nuestra, Médicos Sin Fronteras (MSF), a la hora de determinar la ubicación de clínicas fijas o móviles y desde dónde ofrecer servicios y realizar el seguimiento de los pacientes en cuestiones de nutrición, respuesta a la violencia sexual, tratamiento de enfermedades crónicas y alcance global. Por otra parte, ofrecer ayuda excepcional -como comida y otros artículos de ayuda durante un período de tres meses- es una respuesta claramente inadecuada en tales condiciones.

## Desafíos en la identificación de las necesidades

La identificación de las necesidades en la región se ha mostrado complicada. MSF estableció por primera vez un programa en la región en septiembre de 2008, tras el recrudecimiento de la violencia y de los desplazamientos en Alto-Uele. En marzo de 2009 MSF llevó a cabo un estudio, empleando un diseño de muestreo por conglomerado en dos etapas, para evaluar mejor la situación de las poblaciones desplazadas y de acogida. El estudio había sido inicialmente planeado para un área más extensa pero, dadas las serias limitaciones de seguridad, sólo se llevó a cabo en la ciudad de Dungu y de manera parcial (evaluación rápida) en la ciudad de Doruma.

El estudio mostró que tanto la población de acogida, como la desplazada vivían en condiciones precarias debido a la violencia, el robo de ganado y otras pertenencias, la destrucción de viviendas y el acceso restringido a la tierra. El suministro de ayuda y provisiones de las ONG era insuficiente, debido principalmente a las limitaciones de trabajar en la zona, y las condiciones de suministro de aguas y saneamiento estaban por debajo de los estándares humanitarios.

El estudio proporcionó información útil pero, como sólo fue posible evaluar las condiciones de la población que vivía en las zonas más accesibles y con mayor presencia de actores internacionales, sólo era representativo de una pequeña proporción de la población afectada. Únicamente podía ofrecer una instantánea de un entorno rápidamente cambiante y muy probablemente no capturaba las bolsas de vulnerabilidad, ni la evolución temporal de los patrones de mortalidad.

Contextos como el de la RDC revelan claros fallos en el uso de las tasas brutas de mortalidad (CMR, U5MR<sup>2</sup>) y el empleo de métodos cuantitativos en general (encuestas por muestreo, contar a la población, etc.). La necesidad de seleccionar muestras representativas y de minimizar el sesgo en la recopilación de datos es complicada debido a la dispersión geográfica, al peligroso acceso y a la falta de cifras fiables de población. En situaciones de emergencia crónica o intermitente, como en la RDC, unas tasas de mortalidad con niveles

cercanos a lo normal pueden comportarse incrementándose de manera gradual a lo largo del tiempo o presentar picos debido a epidemias, agotamiento de los recursos, sistemas sanitarios colapsados, nuevas oleadas de desplazamientos y aislamiento de los proveedores de ayuda. Lo que significa que encuestas extraordinarias sobre la mortalidad podrían dar lugar a distintos resultados dependiendo del momento; resultados poco valiosos en ausencia de un sistema de supervisión de la mortalidad para detectar sus tendencias y causas a lo largo del tiempo.

Resulta esencial buscar modos alternativos de medir y realizar el seguimiento de las tasas de mortalidad, así como identificar indicadores alternativos para juzgar mejor la magnitud y la evolución de las crisis en entornos abiertos. Esto permitirá una mejor comprensión de las necesidades y la posibilidad de supervisar la efectividad de la ayuda.

#### Desafíos de la respuesta

En comparación con las situaciones que se dan en los campos de desplazados, en los entornos abiertos es mucho mayor la necesidad de un compromiso con los sistemas de salud preexistentes. El establecimiento de sistemas sanitarios paralelos -donde estos servicios, de existir, suelen estar saturados o deteriorados a causa de la crisis- pueden provocar problemas de equidad entre las PDI y la comunidad de acogida, además de minar la calidad y la sostenibilidad a largo plazo de la provisión de cuidados sanitarios. En la RDC, Médicos Sin Fronteras optó por una estrategia de “apoyo moderado” que incluía el suministro de medicamentos, supervisión limitada e incentivos para estructuras sanitarias seleccionadas, con el fin de garantizar la continuidad y el acceso gratuito a la misma.

Sin embargo, se desconocía el impacto en la calidad de la atención, aumentando la preocupación por la efectividad e idoneidad de esta estrategia de intervención médica. En entornos urbanos resulta una tarea ardua duplicar el “modelo

de cuidados sanitarios a cuatro niveles” (del personal sanitario de la comunidad al hospital de referencia) desarrollado para los asentamientos en campos<sup>3</sup> sólo por la inmensa cantidad de recursos necesarios. A falta de un sistema de referencia en funcionamiento, son pocos los pacientes que tienen acceso a los servicios.

Está claro que las necesidades generalizadas en los entornos abiertos deben abordarse desde estrategias innovadoras cuyo objetivo sea lograr una mayor cobertura y busquen enfoques basados en la comunidad en mayor medida. Sólo mediante una fuerte implicación de las comunidades afectadas puede mantenerse las actividades, incluso cuando la presencia de personal (internacional) se encuentra restringida.

#### Conclusión

Cuanto más problemática sea la identificación cuantitativa de las necesidades en los entornos abiertos, más sistemáticamente deben emplearse métodos cualitativos, teniendo en cuenta las vulnerabilidades, capacidades y estrategias de supervivencia. Deben preverse cambios en la situación de desplazamiento y es necesaria una continua reevaluación. Una red basada en la comunidad podría contribuir a un sistema de vigilancia (mortalidad, morbilidad) a fin de realizar el seguimiento de la evolución de la crisis; aunque sería necesario simplificar considerablemente los indicadores a recopilar.

La metodología tradicional, dirigida a una zona afectada y toda su población proporcionando cuidados sanitarios generales a todos los niveles, conlleva desafíos extremos en entornos abiertos. Una opción sería cambiar hacia una mayor prevención, diagnósticos tempranos y tratamientos, con especial atención a las causas principales de morbilidad y mortalidad. MSF está actualmente poniendo a prueba este planteamiento con intervenciones que pueden implementarse rápidamente y utilizando escaparates de oportunidades

relacionadas con la seguridad, particularmente en zonas apartadas. Entre otros se incluyen vacunas para prevenir infecciones del tracto respiratorio y enfermedades diarreicas, tratamiento local de aguas, prevención de la malaria y suplementos alimenticios concretos.

Estos desafíos afectan a la mayoría de las organizaciones humanitarias que intentan responder a las necesidades de las personas afectadas, generalmente, en entornos abiertos. Por tanto, es importante que se realicen más estudios, se innove más y se debata ampliamente dentro de la comunidad humanitaria con vistas a mejorar y adaptar las estrategias de intervención a la realidad de las poblaciones desplazadas fuera de los campos.

Alena Koscalova (alena.koscalova@gmail.com) fue coordinadora médica de Médicos Sin Fronteras en la RDC y en la actualidad trabaja como doctora en Medicina en Eslovaquia; Elena Lucchi (elenalucchi@yahoo.com) es asesora operativa del Centro Operativo de Médicos Sin Fronteras Barcelona-Atenas; y Sabine Kampmüller (sabine.kampmueller@vienna.msf.org) es directora de la Unidad de Evaluación de Médicos Sin Fronteras Austria. Las tres trabajaron en la evaluación de la respuesta de Médicos Sin Fronteras (<http://www.msf.org>) ante los desplazamientos en entornos abiertos.

Los puntos de vista del presente artículo constituyen opiniones personales de las autoras y no reflejan necesariamente la posición de Médicos Sin Fronteras. Muchas gracias a Iza Ciglenecki, Philippe Calain, Jean-Marc Biquet, Marc Poncin y Bruno Jochum por sus contribuciones en este artículo.

1. Kellenberger, J “La respuesta del CICR a los desplazamientos internos: fortalezas, desafíos y restricciones, Revista Internacional de la Cruz Roja, Volumen 91, Septiembre de 2009, pp. 475-490. Disponible (en inglés) en: <http://tinyurl.com/icrc-kellenberger-pdf>
2. Tasa de mortalidad infantil, tasa de mortalidad de menores de 5 años: [http://www.globalhealth.org/child\\_health/glossary/](http://www.globalhealth.org/child_health/glossary/)
3. Médicos Sin Fronteras, “La salud del refugiado. Enfoque de las situaciones de emergencia”, 1997. Disponible (en inglés) en: [http://www.refbooks.msf.org/msf\\_docs/en/Refugee\\_Health/RH.pdf](http://www.refbooks.msf.org/msf_docs/en/Refugee_Health/RH.pdf)

## Desplazamiento y discriminación: los pigmeos bambutis

Durante generaciones los pigmeos bambutis han sido nómadas que vivían en la selva pero en 2004 tuvieron que huir de la guerra. Ahora viven en las afueras de Goma con poco o ningún apoyo por parte de las agencias humanitarias. No tienen ni electricidad ni agua corriente; los tejados de paja de los refugios improvisados ofrecen una escasa protección frente a las frecuentes lluvias.

“Aquí no podemos plantar semillas”, decía el jefe bambuti, Mupepa Muhindo, rascando la tierra llena de lava. “No se puede cultivar la tierra”.

La vida es dura para todos las personas desplazadas internamente, pero es incluso peor para los bambutis, cuyas vidas están aisladas diariamente por la violencia y la discriminación. La discriminación

contra los pigmeos está profundamente arraigada en todos los ámbitos de la sociedad congoleña. Tienen serias dificultades para acceder a cualquier tipo de servicio público o social y se les rechaza continuamente. Esta actitud hace que los padres raramente registren los nuevos nacimientos, por lo que el número total de población es difuso, pero se estima que en total hay unos 30.000 en Kivu del Norte y 200.000-500.000 en la República Democrática del Congo.

Muhindo explica que no puede pagar las cuotas de la escuela o los uniformes de sus hijos. “Los niños pigmeos no estudian”, dice. “Como no tenemos educación, no nos podemos considerar iguales a los demás”.

Para más información, visite IRIN <http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportID=90354>