

Terremoto en el eje cafetero colombiano: lecciones aprendidas

Blanca Terry Berro¹
Armando Rodríguez
Salvá²

¹Especialista en Higiene y Epidemiología Master en Salud Ambiental Profesor Instructor de la Facultad "Calixto García" Investigador Agregado Dpto. de Nutrición Comunitaria Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos
²Especialista en Administración de Salud y en Epidemiología Máster en Salud Ambiental Profesor Instructor de la Facultad "Calixto García" Investigador Auxiliar Dpto. de Salud Pública Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología

Correspondencia:
Dra. Blanca Terry Berro
Departamento de Nutrición Comunitaria Instituto de Nutrición e Higiene de los Alimentos Infanta No. 1158 e/ Llinas y Clavel Ciudad de La Habana CP 10300. Cuba
E-mail: blanca.terry@infomed.sld.cu

Resumen

Fundamentos: Se presenta la experiencia y práctica profesional de una Brigada Médica Cubana que prestó colaboración posterior al sismo del Eje Cafetero Colombiano.

Métodos: Se implementó la vigilancia alimentaria y nutricional mediante la reactivación de la red de servicios en campamentos de damnificados en el municipio afectado. El programa de socorro alimentario se extendió a todo el universo.

Resultados: El 56,8% de los menores de 15 años y el 43,3% de las embarazadas presentaron algún tipo de malnutrición por déficit activándose el Programa de Recuperación Nutricional.

Conclusiones: Se demostró la necesidad de planes de emergencia y mitigación que se activan con las actividades de prevención, preparación, respuesta y rehabilitación.

Palabras clave: Desastres. Vigilancia epidemiológica. Cooperación internacional. Terremotos. Vigilancia nutricional.

Summary

Background: This paper resumes the collaborative experiences and the professional practice of the Cuban Medical Team, later to the earthquake of the Colombian Coffee Area.

Methods: Alimentary and nutritional surveillance was activated through the reactivation of the net of services in the damaged people camps in the affected municipality. The program of alimentary aid was extended to the whole universe.

Results: The 56.8% of the people smaller than 15 years and the 43,3% of the pregnant presented some type of malnutrition for deficit, being activated the Program of Nutritional Recovery.

Conclusions: It was demonstrated the necessity of emergency plans and mitigation that are activated with the activities of prevention, preparation, action and rehabilitation.

Key words: Disaster. Epidemiological surveillance. International cooperation. Earthquakes. Nutritional surveillance.

Los desastres naturales pueden acarrear consecuencias a largo plazo para la nutrición y el desarrollo en sí, al alterar los sistemas de transporte y comunicaciones, que a pesar de la existencia de reservas de alimentos llegan a ser temporalmente inaccesibles, particularmente en los terremotos, aunque en el futuro pueden alterar el inicio y desarrollo de la producción agropecuaria¹.

La decisión de prestar socorro alimentario se adopta facilitando los medios esenciales para poner en marcha la economía local ya que el mantenimiento de la población mediante la distribución gratuita de alimentos puede impedir la recuperación creando una dependencia indeseable².

El acceso a los alimentos y el mantenimiento de un estado nutricional adecuado son factores decisivos para la supervivencia de las personas en las fases iniciales de una emergencia. La malnutrición puede ser el problema de salud pública más grave y una de las principales causas de fallecimiento, ya sea directa o indirectamente³.

La Declaración Mundial y el Plan de Acción para la Nutrición han enfatizado en el incremento de refugiados y poblaciones desplazadas y su relación con altas tasas de malnutrición y deficiencias de micronutrientes y altas tasas de mortalidad en la última década³.

La cooperación internacional en caso de desastres ha cobrado mayor importancia en el decursar de los años. Innumerables son los ejemplos de ayudas solidarias en el ámbito mundial donde se ha puesto de manifiesto la experiencia cubana con el envío de brigadas medicas a diversos países.

Métodos

Posterior al sismo ocurrido el 25 de enero de 1999 en el Eje Cafetero Colombiano llegó al Departamen-

to del Quindío una Brigada Médica compuesta por 16 especialistas, epidemiólogos, nutricionistas y especialistas en Medicina General Integral cuyas líneas de trabajo se dirigieron a la implementación de acciones de vigilancia epidemiológica incluida la vigilancia alimentaria y nutricional y a la reactivación de la red de servicios mediante las atenciones médicas en los campamentos de damnificados en un municipio afectado. Tras los sucesos ocurridos se implementó un programa de socorro alimentario que incluyó medidas como la evaluación de la cantidad de alimentos disponibles, determinación de necesidades de orden nutricional, cálculo de raciones diarias, abastecimiento global para grupos vulnerables y vigilancia del estado nutricional de la población afectada⁴.

Para el abordaje de la problemática nutricional la Secretaría de Salud priorizó la implementación del Sistema de Vigilancia Nutricional dando cobertura inicial a la población infantil y de embarazadas en los asentamientos temporales. Se estudiaron 1149 menores de 15 años y 243 embarazadas utilizando los indicadores de Peso/Talla, Talla/Edad, Peso/Edad y Peso/Edad Gestacional en Embarazadas.

Resultados

Los daños ocasionados por el sismo en el municipio Calarcá trajeron consigo un 45,8% de viviendas destruidas con la reubicación del 11,3% de la población en 26 alojamientos temporales, correspondiendo el 41,4% a menores de 15 años⁵.

El 56,8% de los niños presentaron algún tipo de malnutrición por déficit (Tabla 1) lo que hizo necesario la implementación del Programa de Recuperación Nutricional. De ellos el 57% tenían desnutrición crónica y el 43% presentaron desnutrición global. Dentro de la malnutrición por exceso se encontró predominio del sobrepeso y el 21,7% presentó alta relación de talla para la edad (Tabla 2).

El 43,3% de las embarazadas presentó malnutrición por déficit elemento a considerar en un futuro deficiente desarrollo nutricional y psicomotor del producto de la gestación. Los tipos de desnutrición por déficit entre las embarazadas se discriminan según se relaciona en la Tabla 3.

Esas cifras indican que las madres con algún tipo de malnutrición por exceso (Tabla 4) presentan riesgo elevado para presentar complicaciones durante el embarazo como son la diabetes gestacional, hipertensión inducida por el embarazo y macrosomía fetal

con las correspondientes implicaciones al momento del parto e hipoglicemia neonatal.

Discusión

Como criterio para las evaluaciones de indicadores alimentarios dentro del Programa se tomó los requerimientos de energía y proteínas de la población, con un promedio de ingesta per cápita diaria de 2100 Kcal. y 46 g de proteínas, cifras recomendadas internacionalmente³. Se realizó la evaluación de las necesidades diarias de individuos, familias y grupos vulnerables en los alojamientos y el monitoreo de la ingesta adecuada de nutrientes en estos grupos considerando de igual forma las acciones de alimentación suplementaria y terapéutica según el caso⁶. Se trabajó en la identificación de otros grupos vulnerables en los alojamientos los cuales incluyeron a mujeres que lactan y familias con muchos miembros, sobre todo ancianos.

Estado nutricional	Nº	%
Normal	237	21,0
Malnutrición por déficit	653	56,8
Malnutrición por exceso	259	22,5
Total	1.149	100,0

Fuente: Secretaría de Salud de Calarcá

Estado nutricional	Nº	%
Normal	114	46,9
Malnutrición por déficit	105	43,3
malnutrición por exceso	24	9,8
Total	243	100,0

Fuente: Secretaría de Salud de Calarcá

Estado nutricional	Nº	%
Muy bajo peso	12	11,4
Bajo peso	76	72,3
En riesgo	17	16,3
Total	105	100,0

Fuente: Secretaría de Salud de Calarcá

Estado nutricional	Nº	%
Sobrepeso	14	58,3
Obesidad	10	41,7
Total	24	100,0

Fuente: Secretaría de Salud de Calarcá

Tabla 1.
Situación nutricional
en menores de 15 años.
Alojamientos temporales.
Calarcá 1999

Tabla 2.
Situación nutricional
en embarazadas.
Alojamientos temporales.
Calarcá 1999

Tabla 3.
Malnutrición por déficit
en embarazadas

Tabla 4.
Malnutrición por exceso
en embarazadas

La entrega gratuita y en ocasiones desorganizada de alimentos de diversa procedencia hizo posible que en algunos casos no se realizara la distribución adecuada tomando en consideración los grupos de edades y condición fisiológica. La experiencia demostró la importancia de la coordinación multisectorial e institucional y la necesidad de contar con planes de emergencia y mitigación ante un desastre que se activan simultáneamente con las actividades de prevención, preparación, respuesta y rehabilitación, hallazgo que ha sido demostrado durante experiencias de otros países⁷.

El sector salud jugó un papel decisivo en la educación técnica para asegurar la reducción de la vulnerabilidad y el desarrollo del programa de socorro en la prevención y tratamiento de la malnutrición en el contexto de la rehabilitación comunitaria y el desarrollo de políticas.

La comunidad y las familias desarrollaron estrategias propias que permitieron elevar su capacidad de respuesta en el manejo de su salud, los alimentos y situación nutricional adecuada. La participación femenina proporciona valiosa información sobre las jerarquías en la alimentación, forma en que la población afectada adquiere los alimentos y de las prácticas culturales que afectan la forma de acceso de los

diferentes miembros de la población a los programas de nutrición.

Bibliografía

1. Organización Panamericana de la Salud. *Los desastres naturales y la protección de la salud*. Washington DC:OPS/OMS, 2000:1-122 (Publicación Científica:575).
2. Noji E. *The Public Health Consequences of Disasters*. New York: Oxford University Press, 1997.
3. The Sphere Project. *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. 1st edition. Geneva, 1998.
4. Organización Panamericana de la Salud. *Asistencia Internacional de Socorro Sanitario. Guía para proveer ayuda eficaz*. Washington, DC: OPS, 1999.
5. *Instituto Seccional de Salud del Quindío. Perfil epidemiológico*. Año 1999. Armenia, 2000.
6. Organización Mundial de la Salud. *Protocolos de evaluación sanitaria rápida en situaciones de emergencia*. Ginebra: OMS, 1999.
7. Organización Panamericana de la Salud. *Material de Adiestramiento en Desastres*. Washington, DC: OPS, 1998.

