

Atención en salud en Bogotá de la población desplazada por la violencia



Contenido

Introducción	2
Características del desplazamiento en Colombia	2
Bogotá como receptora de la población desplazada	4
El desplazamiento forzado como violación del derecho internacional humanitario	5
Marco legal para la atención en salud de la población desplazada	6
Fases en la atención de la población desplazada por la violencia	6
Política de salud para la población desplazada por parte del Ministerio de Salud	6
Bogotá y la atención a la población desplazada	7
Bibliografía	9
Hechos de interés en salud pública	10
Reporte semanal del cuarto periodo epidemiológico	16

Por **Luis Jorge Hernández F.**, médico epidemiólogo, Dirección de Salud Pública, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

Introducción

El desplazamiento por la violencia o migración forzada, como se conoce internacionalmente, constituye una de las más grandes problemáticas sociales y de salud en el mundo. El conflicto armado es una de las manifestaciones más impactantes de la violencia, afecta a un gran número de la población e involucra diferentes sectores de la sociedad, que se enfrentan por la vía de las armas con el fin de defender intereses sociales, ideológicos, religiosos, económicos, políticos o geográficos.

En Colombia, la ley 387 de 1997 define como desplazada a toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional, abandonando su localidad de residencia o sus actividades económicas habituales porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas por cualesquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas a los derechos humanos, infracciones al derecho internacional humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público.

Bogotá se ha convertido en una de las principales ciudades receptoras de población desplazada por la violencia, lo que obliga a las autoridades a reforzar la capacidad de respuesta en salud y hace necesario conocer más esta problemática social.

Este Boletín presenta una visión del fenómeno de desplazamiento forzado como consecuencia de una problemática social e histórica y como determinante que favorece la aparición de enfermedad. Así mismo, incluye una caracterización sociodemográfica del desplazamiento en Bogotá y el lineamiento internacional, nacional y distrital para realizar intervenciones psicosociales y en salud, considerando siem-

pre a la población desplazada como sujeto activo de las mismas y no como simple objetivo de intervención.

Características del desplazamiento en Colombia

El informe *Desplazamiento forzado en Colombia* de la organización no gubernamental (ONG) Médicos sin Fronteras (Médicos sin Fronteras, 2000) señala que para "el análisis del desplazamiento forzado en Colombia no son válidos los modelos ni las categorías aplicables a otras experiencias contemporáneas como los Balcanes, Timor oriental, África central o Chechenia, ya que tiene características muy específicas y particulares como la continuidad histórica del proceso, el carácter multipolar del conflicto y las dinámicas bélicas, la heterogeneidad de los desplazados y la ausencia de identidades preexistentes entre ellos".

El desplazamiento constituye un riesgo que deteriora la calidad de vida de las personas afectadas. Este informe señala también que el desplazamiento en Colombia es un proceso extensivo y continuo a lo largo del tiempo, en el que se combinan desplazamientos individuales y familiares con algunos éxodos masivos con procesos sucesivos de huida y retorno que suelen culminar con el abandono definitivo del lugar de origen.

El problema de las cifras

Según la fuente de información, las cifras sobre población desplazada por la violencia pueden variar. Así, según la Consultoría para Derechos Humanos y Desplazamiento (Codhes), en Colombia entre 1985 y el tercer trimestre de 2002 la población desplazada se estimaba en 2'855.410 personas (véase el gráfico 1). A su vez, el sistema único de registro (SUR) de la Red de Solidaridad decía que hasta el 15 de noviembre de 2002 había un total general de 926.565 personas desplazadas por la violencia.

La explicación a la diversidad de las cifras es compleja y se relaciona con la misma dinámica de la población desplazada, en cuanto a que en las personas y comunidades prima

BED Boletín Epidemiológico Distrital

Secretario Distrital de Salud
José Fernando Cardona Uribe

Subsecretario
Elkin Hernán Otálvaro Cifuentes

Directora de salud pública
Gilma Constanza Mantilla Caycedo

Área de acciones en salud pública
Stella Vargas Higuera

Área de vigilancia en salud pública
Sonia Esperanza Rebollo Sastoque

Área de análisis y políticas de salud pública
Consuelo Peña Aponte

Laboratorio de salud pública
Elkin Osorio Saldarriaga

Comité editorial
María Teresa Buitrago
Gladys Espinosa García
Luis Jorge Hernández
Elkin Osorio Saldarriaga
Sonia Esperanza Rebollo Sastoque
Luz Adriana Zuluaga Salazar

Coordinación editorial
Oficina de comunicaciones en salud

Diseño e impresión
Giro P&M

Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C.
Dirección de salud pública
Área de vigilancia en salud pública
Calle 13 n° 32-69, cuarto piso, Bogotá - Colombia
Teléfono 364 90 90, extensiones 9629 y 9673
Correo electrónico: serebollo@saludcapital.gov.co
Página web saludcapital.gov.co

el temor a ser identificadas como desplazadas, y a la movilidad de esta población que puede pasar en varias etapas de no desplazada a desplazada.

La base de datos del sistema único de registro se puso en funcionamiento por parte de la Red en abril de 2001 y da cuenta de las personas que rinden su declaración ante las autoridades competentes —personerías municipales o distritales, Procuraduría General de la Nación, Defensoría del Pueblo y despachos judiciales—. A partir de 2000 comenzó a tomarse de manera detallada la información de los desplazamientos masivos y se implementaron los procedimientos para alimentar la información, diferenciándola de los desplazamientos individuales.

Según Codhes, el desplazamiento forzado en Colombia continúa perfilándose como una catástrofe humanitaria que se expande e incluye a cada vez más sectores sociales y áreas geográficas. Entre el 1 de enero y el 31 de marzo de 2002, al menos 90.179 personas fueron desplazadas en Colombia, y 35% de ellas salieron en forma masiva; cada éxodo incluyó, en promedio, a 1.392 personas. Durante ese mismo lapso se presentaron menos éxodos que en el mismo periodo de 2001, aun cuando fueron expulsadas más personas.

Las principales necesidades que presenta la población desplazada son, en su orden, alimentación 14,41%, trabajo 11,2% y alojamiento, 10,28%. Otras necesidades reportadas son camas, transporte y consecución de documentos.

Requisitos para el reconocimiento de la condición de desplazado

Los requisitos establecidos para que un ciudadano colombiano solicite el reconocimiento de la condición de desplazado son:

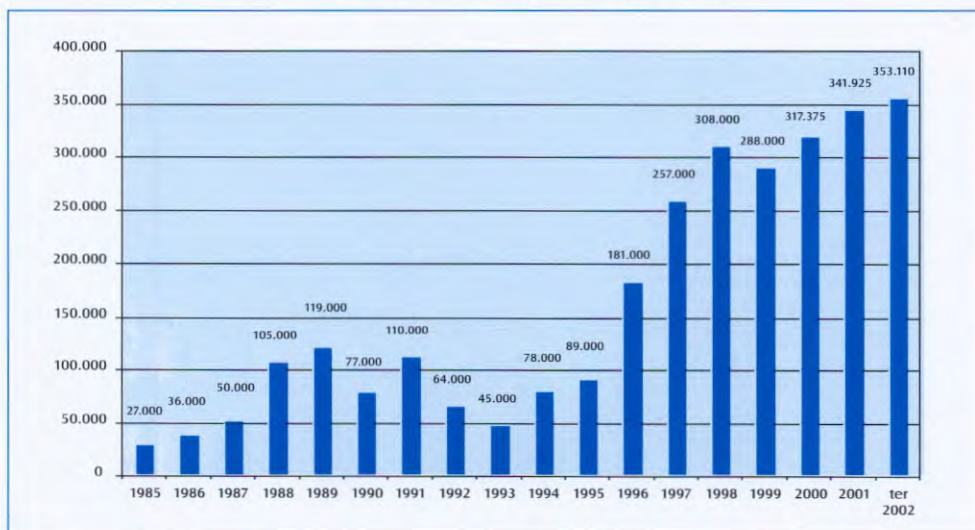
1. Declarar esos hechos ante la Procuraduría General de la Nación, la Defensoría del Pueblo, las personerías municipales o distritales o cualquier despacho judicial.
2. Solicitar que se remita, para su inscripción, copia de su declaración a la unidad territorial de la Red de Solidaridad Social de la jurisdicción donde presentó la declaración; en esta deben describirse claramente las circunstancias de tiempo, modo y lugar en que ocurrió el desplazamiento.

El despacho que toma la declaración debe remitir, inmediatamente, copia de la declaración para que las unidades territoriales de la Red de Solidaridad efectúen la respectiva valoración y definan la inclusión o no del hogar o la persona que rindió la declaración en el registro nacional de población desplazada.

La declaración de desplazado por quien alega su condición como tal, además de contener los generales de ley, deberá consignar, entre otros datos, los siguientes:

1. Los hechos y circunstancias que han determinado en el declarante su condición de desplazado.
2. El lugar del cual se ha visto impelido a desplazarse —lugar de expulsión—.
3. La profesión u oficio.
4. La actividad económica que realizaba y los bienes y recursos patrimoniales que poseía antes del desplazamiento.
5. Las razones para escoger el lugar actual de asentamiento —lugar de recepción—.
6. Información del hogar que lo acompaña en el desplazamiento: número de identificación, estado civil, tipo de re-

GRÁFICO 1. Tendencias del desplazamiento en Colombia desde 1985 hasta el tercer trimestre de 2002
(Estimativo de población desplazada 2'855.410 personas)



Fuente: Consultoría para los Derechos Humanos y el Desplazamiento (Codhes).

lación con el declarante, edades, escolaridad, afiliación a un régimen de salud, entre otros datos.

Bogotá como receptora de la población desplazada

En Bogotá, D. C., hasta el 15 de noviembre de 2002 el acumulado de hogares y personas incluidas por la Red de Solidaridad como desplazados era de 11.438 hogares, equivalentes a 46.241 personas. En los últimos años, la población desplazada por la violencia que llega a la capital se ha venido incrementando; actualmente, la capital recibe 11,3% de la población desplazada del país.

A partir de 1996 se observa el aumento progresivo de la población desplazada por la violencia que ha ingresado a Bogotá. De 202 hogares que llegaron ese año se pasó a 2.766 en 2001. La ciudad constituye el segundo ente territorial que más recibe población desplazada por la violencia. Para el primer trimestre de 2002, al distrito de Santa Marta llegaron 16.441 personas, y durante ese mismo periodo a Bogotá ingresaron 14 mil personas y a Medellín cinco mil.

Se estima que sólo 48,9% de las personas desplazadas en Bogotá se han registrado. Las que no han declarado su condición de tales lo hacen, principalmente, por el temor a ser identificadas, lo cual dificulta el registro por parte de los hospitales en relación con la población beneficiada de las intervenciones del plan de atención básica (PAB).

Composición familiar

Según la Red de Solidaridad de Bogotá, en 2001 el 32% de las familias desplazadas estaba encabezada por mujeres, y

45% eran niños y niñas menores de 14 años. La población desplazada por la violencia menor de 18 años constituía 47,2%.

Los datos anteriores indican que los programas en salud deben orientarse a la prevención y control de enfermedades de la mujer y la atención materno-infantil. Dicha distribución etárea debe llevar también a reforzar los programas de salud sexual y reproductiva, crecimiento y desarrollo, enfermedades transmisibles, enfermedades crónicas y salud mental.

Departamentos de origen población desplazada

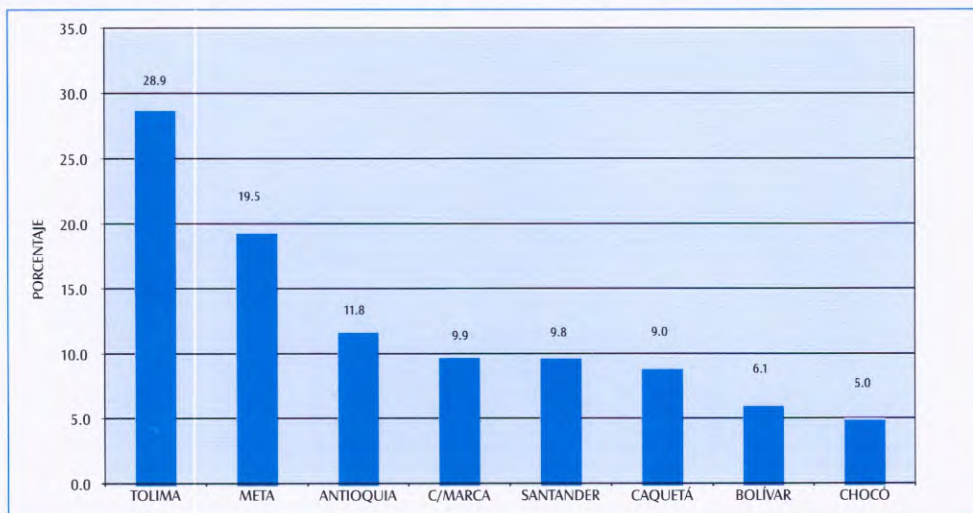
De acuerdo con la unidad de atención integral a población desplazada de la Alcaldía Mayor, para el año 2001 el porcentaje de las personas desplazadas que llegaban a Bogotá era el siguiente, por departamento: Tolima, 28,9%; Meta, 19,5%; Antioquia, 11,8%; siguen en orden de importancia Cundinamarca; Santander, Caquetá, Bolívar y Chocó (véase el gráfico 2).

Lo anterior tiene significación epidemiológica en cuanto a que la mayoría de zonas expulsoras son endémicas para enfermedades parasitarias y transmitidas por vectores, como fiebre amarilla y malaria, por lo que su detección y atención en la población desplazada es muy importante.

Localidades receptoras de población desplazada

Según la Red de Solidaridad, en 2001 Ciudad Bolívar, Bosa, Kennedy y Usme, que están cubiertas por las redes de prestación de servicios de salud sur y sur-occidente, fueron las mayores receptoras de población desplazada, aun cuando esta hace presencia en todas las localidades de la ciudad, debido a que tiende a presentarse más una distribución en

GRÁFICO 2. Departamentos de origen de población desplazada que llega a Bogotá.



Fuente: Red de Solidaridad Social. Sistema nacional de atención integral a la población desplazada.

extensión que una concentración específica (véase la tabla 1). Lo anterior significa que los prestadores de servicios de salud deben establecer estrategias de inducción de la demanda y de captación extramural de esta población.

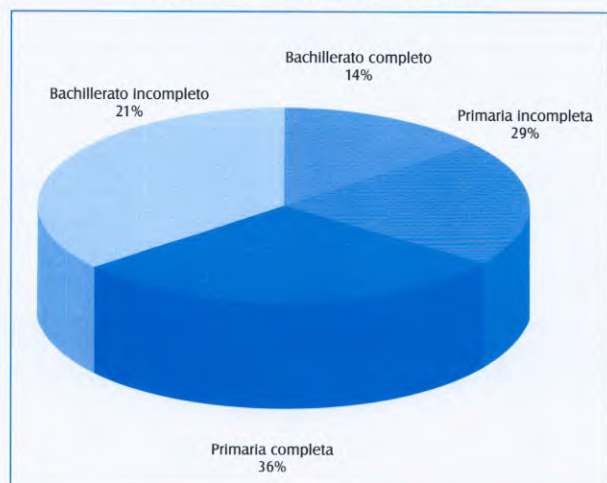
TABLA 1. Ubicación de familias desplazadas según localidad. Bogotá, 2001

Localidad	Número de familias desplazadas
Ciudad Bolívar	1.296
Kennedy	520
Bosa	463
Usme	398
Rafael Uribe Uribe	294
San Cristóbal	258
Engativá	193
Suba	191
Tunjuelito	157
Santafé	177
Fontibón	115
Chapinero	88
Puente Aranda	76
Usaquén	74
Antonio Nariño	57
Los Mártires	51
Barrios Unidos	33
Teusaquillo	31
La Candelaria	22

Nivel de escolaridad

En cuanto al nivel de escolaridad de las cabezas de familia, según la Red de Solidaridad, en 2001 1.181 personas poseían primaria incompleta, 1.478 primaria completa, 863 bachillerato incompleto y 578 bachillerato completo. Sólo 174 decían tener estudios superiores, mientras que 441 eran iletrados (véase el gráfico 3).

GRÁFICO 3. Nivel de escolaridad de la población desplazada por la violencia. Bogotá, 2001

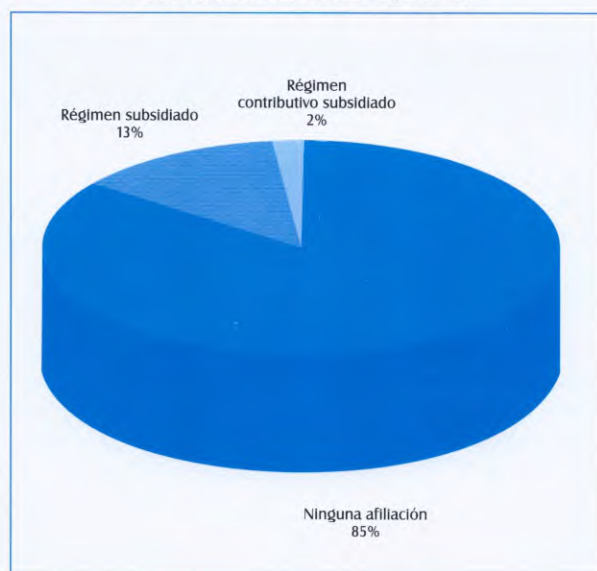


De acuerdo con los datos anteriores, 68% de las cabezas de familias desplazadas por la violencia tenía un nivel de escolaridad de primaria incompleta y completa, lo que implica la necesidad de reforzar las intervenciones de formación y capacitación.

Afiliación al sistema general de seguridad social en salud

En cuanto a la afiliación al sistema general de seguridad en salud (SGSSS), según la Red de Solidaridad, en 2001 en Bogotá 3.797 cabeza de familias (85%) decían no tener ningún tipo de afiliación; 560 pertenecía al régimen subsidiado y sólo 101 decía pertenecer al régimen contributivo (véase el gráfico 4).

GRÁFICO 4. Afiliación al SGSSS de cabezas de familia de población desplazada. Bogotá, 2001



La condición previa de aseguramiento de la población desplazada es un criterio muy importante que se está teniendo en cuenta en el proyecto por el cual se reglamenta parcialmente ley 387 de 1997, en cuanto a las responsabilidades que tienen el sector salud y el sistema general de seguridad social en salud en la atención a dicha población. Se propone, por ejemplo, respetar por un cierto lapso el aseguramiento previo que tengan las personas, con cargo a las respectivas EPS y administradoras del régimen subsidiado (ARS).

El desplazamiento forzado como violación del derecho internacional humanitario

El desplazamiento forzado constituye hoy una profunda crisis humanitaria y una de las más graves violaciones a los derechos humanos. La superación de esta situación crítica requiere la actuación decidida y eficaz del estado colombiano y de la sociedad en general.

La Corte Constitucional ha señalado que "El tema de los desplazados debe dejar de manejarse como un problema de algunos funcionarios y especialistas, para pasar a ser una preocupación de todos los colombianos. Sólo así será posible convocar la solidaridad de los connacionales desalojados de sus hogares (Constitución política, artículos 1 y 95.2) y evitar que afloren prejuicios y tratos discriminatorios en su contra. Por lo tanto, una de las labores más importantes que debe desarrollarse es la de sensibilizar a los colombianos acerca de la tragedia nacional que significa el desplazamiento forzado y de la necesidad de comprometer todos los esfuerzos para aliviar la situación de las personas directamente afectadas" (Sentencia T-1635/00).

La Corte ha definido (sentencia T-327) que la atención a la población desplazada por la violencia hace parte de la normativa internacional de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario, es una obligación constitucional asimilable a un tratado internacional y su acatamiento es exigible.

Marco legal para la atención en salud de la población desplazada

Mediante la ley 387 de 1997 se estableció el marco general de atención a esta población y se definieron las medidas para la prevención del desplazamiento forzado, la atención, protección, consolidación y estabilización socioeconómica de los desplazados internos por la violencia de la República de Colombia.

Esta ley estableció la conformación de la red nacional de información para la atención a la población desplazada, que opera como herramienta de carácter técnico para garantizar al sistema nacional de atención integral a población desplazada (SNAIPD), informa sobre la magnitud del desplazamiento, las características de los grupos afectados, los territorios involucrados, las causas y los presuntos autores del mismo; y, además, cuantifica el número de personas desplazadas que demandan atención del estado colombiano.

La información que provee la red nacional de información para la atención a la población desplazada es la base para el diseño de planes, programas y proyectos de atención integral en sus diferentes componentes: prevención, atención humanitaria de emergencia y acciones de reincorporación de la población a estructuras sociales, políticas y económicas más equitativas y democráticas. Así mismo, permite hacer el seguimiento a las distintas acciones que las entidades del SNAIPD realizan en beneficio de dicha población, reorientar estas acciones, si es del caso, y definir la necesidad de nuevos recursos para mitigar el daño ocasionado por el desplazamiento.

Esta normatividad establece que para funcionar eficientemente, el SNAIPD requiere de la coordinación interinstitucional entre los niveles nacional y territorial, para lo cual es necesario fortalecer los comités territoriales de atención a la población desplazada como escenarios de concertación, planeación y decisión de programas, proyectos y acciones de atención integral a esa población. De igual manera, el fortalecimiento del SNAIPD en su conjunto implica

corresponsabilidad en la búsqueda de soluciones por parte de la sociedad colombiana en su conjunto, y complementariedad de las acciones entre las entidades estatales, gubernamentales, no gubernamentales, nacionales e internacionales.

Fases en la atención de la población desplazada por la violencia

1. *Prevención y protección*: se refiere a las estrategias básicas para prevenir el desplazamiento y proteger a la población desplazada o en riesgo de serlo, y al papel que desempeñan los comités para la atención integral a dicha población, la Red de Solidaridad Social y organizaciones humanitarias nacionales e internacionales en las acciones de seguridad, protección humanitaria, promoción de la convivencia pacífica y fortalecimiento de las condiciones de arraigo de la población.
2. *Atención humanitaria de emergencia*: relacionada con la estrategia de las ONG que trabajan en la atención humanitaria, contratadas por la Red de Solidaridad Social bajo el esquema de administración delegada de recursos para atender a los hogares desplazados. Tiene que ver también con las orientaciones básicas dirigidas a apoyar los comités para la atención integral en la preparación y el diseño de planes de contingencia para atender casos de desplazamientos masivos. Incluye las pautas y criterios para cualificar la prestación de la atención humanitaria, los elementos para realizar el diagnóstico de la situación de los grupos afectados y los estándares mínimos de calidad de cada uno de los componentes de la atención.
3. *Programas de restablecimiento*: se refiere a la labor que adelantan las unidades territoriales de la Red de Solidaridad Social y los comités para la atención integral en desarrollo del proceso de reasentamiento y estabilización socioeconómica de la población que ha sido desplazada. Incluye indicaciones para que cada comité formule y desarrolle un plan integral único que le permita articular y coordinar las acciones institucionales de atención a los grupos afectados en las diferentes localidades, regiones o micro-regiones. Esta fase también contiene el diseño de opciones particulares de restablecimiento, tanto en los casos de retorno como en los de reubicación: generación de ingresos, mecanismos para el acceso a tierras, infraestructura para el restablecimiento, capacitación laboral, desarrollo del capital humano público, educación y salud, lo mismo que sobre diversas modalidades y procedimientos de acceso de la población desplazada a tales componentes.

Política del Ministerio de Salud para la población desplazada

El Ministerio establece como objetivo general de la política el desarrollo de un sistema de atención integral en salud

para la población desplazada en Colombia, dentro del contexto de las tres fases de atención: prevención del desplazamiento, atención humanitaria de emergencia y consolidación y estabilización socioeconómica.

Los objetivos específicos de esta política son la estructuración de la atención psicosocial de la población desplazada como un componente del plan nacional para su atención en salud, de manera conjunta con las demás entidades que conforman el sistema nacional para la atención de la población desplazada por la violencia.

Así mismo, se establece la necesidad de garantizar el derecho de esa población a la rehabilitación psicosocial en el contexto del sistema general de seguridad social en salud, y de desarrollar una respuesta oportuna y eficaz a sus necesidades en salud mental, con el fin de mitigar los impactos sociales del desplazamiento forzoso.

Otro objetivo específico es articular las políticas del orden nacional, establecidas para atender a la población desplazada por la violencia, con las iniciativas de las instancias territoriales, y capacitar el personal del sector y de otras instancias de gobierno sobre los aspectos relacionados con su atención psicosocial. Se define también la necesidad de apoyar el desarrollo de un sistema de información de la población desplazada en cuanto al perfil psicosocial y la oferta institucional, la frecuencia de uso de los servicios y variables relacionadas con la atención psicosocial. Esto con el propósito de identificar el perfil epidemiológico de la población.

Así mismo, se establece la necesidad de determinar las acciones específicas que deben brindarse en el área de atención psicosocial durante las diferentes fase de atención, y participar y motivar los trabajos de investigación en su atención psicosocial.

Bogotá y la atención a la población desplazada

Los lineamientos se fundamentan en el acuerdo 02 de marzo de 1998 del Concejo de Bogotá, mediante el cual se creó el consejo distrital para la atención integral de la población desplazada por la violencia. El decreto 624 de julio de 1998, que reglamenta su funcionamiento, estableció como parte de sus funciones la labor de elaborar y hacer seguimiento a la ejecución del plan distrital para su atención.

El consejo distrital para la atención integral de la población desplazada por la violencia, del que hace parte la Secretaría Distrital de Salud, formuló el plan de acción distrital el cual planteó las siguientes líneas de trabajo: sistemas de información, asistencia humanitaria de emergencia, estabilización socioeconómica (retorno y reubicación de vivienda y tierras), generación de ingresos y capacitación, atención y orientación, redes sociales, prevención y protección.

Objetivos del plan distrital de atención integral a población desplazada

Este plan, como política marco de atención integral en materia de desplazamiento para la ciudad de Bogotá, se desarrolla mediante los siguientes objetivos específicos:

- *Sistemas de información:* para fortalecer e integrar los sistemas de información sobre población desplazada que se encuentre transitoria o permanentemente en Bogotá en coordinación con las entidades nacionales, para generar líneas base de información que posibiliten el desarrollo de proyecciones de política pública al respecto.
 - *Atención humanitaria de emergencia:* busca garantizar la atención básica de la población desplazada por la violencia que llegue de forma transitoria a Bogotá durante el periodo de emergencia —tres meses—.
 - *Estabilización socioeconómica:* pretende mejorar el acceso a los programas básicos de las personas en situación de alta vulnerabilidad por su condición de desplazados por la violencia y que se encuentren de forma permanente en Bogotá, durante su fase de consolidación como ciudadanos del distrito con criterios de responsabilidad compartida e imparcialidad.
 - *Retorno y reubicación:* para facilitar el proceso de retorno a las regiones de origen o la reubicación en otras partes del país a las familias que así lo decidan de forma voluntaria en coordinación con el nivel nacional.
 - *Coordinación de atención y orientación:* su objetivo es fortalecer la coordinación interinstitucional para la atención y orientación de la familia recién llegada a la ciudad, por intermedio de programas, proyectos, acciones del gobierno distrital y nacional, con el objeto atender coordinada y eficazmente a la población que se asienta temporal o definitivamente en Bogotá.
 - *Redes sociales, prevención y protección:* buscan elevar la capacidad de las organizaciones para ejercer sus derechos en igualdad con los demás actores sociales, y asegurar el aporte de las entidades nacionales y distritales en la defensa de los derechos de los desplazados por la violencia y su inserción al tejido social de la ciudad.
- La Organización Panamericana de la Salud y el Ministerio de Salud definieron los siguientes derechos en salud de la población desplazada:
- Promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
 - Consulta externa de medicina y odontología.
 - Atención de urgencias.
 - Hospitalización.
 - Tratamiento y procedimientos quirúrgicos.

- Suministro de material medicoquirúrgico.
- Atención de parto.
- Transporte de apoyo diagnóstico.
- Suministro gratuito de medicamentos.
- Transporte de pacientes.
- Salud mental.
- Atención nutricional.
- Acciones de saneamiento básico.

En Bogotá, la población beneficiaria de las intervenciones del plan de atención básica es, en general, toda la población de la ciudad. Sin embargo, el lineamiento indica que debe focalizarse especialmente en las poblaciones de mayor vulnerabilidad socioeconómica y epidemiológica, como la población desplazada por la violencia, las personas de estratos 1 y 2, las mujeres cabeza de familia, los niños y niñas de las escuelas públicas y los adultos y adultas mayores en situación de abandono.

La población desplazada por la violencia debe ser beneficiaria de las siguientes líneas de intervención del PAB, en las veinte localidades:

- *Crecimiento y desarrollo*: puede incluir los tamizajes visual, nutricional y oral, vacunación, comunicación, educación e información —grupos formados e informados— en buen trato, pautas de crianza, nutrición adecuada.

Los grupos formados forman parte de estrategias de comunicación, información y educación mediante las cuales un grupo de personas mejora los conocimientos, actitudes y prácticas en salud y realiza una actividad de pares o multiplicadores para difundir los mensajes en la comunidad. El grupo informado recibe un mensaje puntual en salud, por ejemplo, mediante perifoneo o información personalizada.

- *Prevención de enfermedades transmisibles*: búsqueda activa de sintomáticos respiratorios y de piel, para tuberculosis y lepra, respectivamente, así como el diagnóstico y la remisión de enfermedades transmitidas por vectores.
- *Prevención de enfermedades crónicas*: tamizaje de factores de riesgo de enfermedad cerebro-cardio-vascular, diabetes y cáncer, medición de índice de masa corporal, toma aleatoria y de afinamiento de tensión arterial; grupos formados e informados.
- *Salud sexual y reproductiva*: grupos formados e informados para la prevención y control de las enfermedades de transmisión sexual, VIH-sida, cáncer de cuello uterino, embarazo en adolescentes y regulación de la fecundidad; captación temprana de gestantes. Tamizaje de factores de

riesgo para VIH-sida. Suministro de condones previa actividad educativa.

- *Discapacidad*: grupos formados e informados para la prevención e identificación temprana de la discapacidad; visitas domiciliarias e integración al consejo local de discapacidad.
- *Salud mental*: identificación de las personas con riesgo de maltrato, violencia intrafamiliar, uso de psicoactivos y en riesgo de suicidio, para trabajar en grupos formados con énfasis en salud mental. Construcción conjunta del desarrollo de habilidades para vivir: capacidad para tomar decisiones, habilidad para manejar tensiones y estrés, conocimiento de sí mismo, habilidad para resolver problemas y capacidad para pensar en forma crítica y creativa.
- *Trabajador informal*: grupos formados e informados para prevenir y controlar factores de riesgo ocupacionales; visitas integrales a sitios de trabajo.
- *Ambiente y calidad de vida*: visitas integrales a viviendas con el fin de identificar e intervenir en los factores de riesgo físicos, químicos, biológicos y del consumo. Además, se busca educar a la comunidad por medio de grupos informados en los que se abordan asuntos relacionados con la prevención y el control de los factores de riesgo ambientales y la autogestión en entornos saludables.
- *Vigilancia en salud pública*: la población desplazada es objeto de los subsistemas de información sistema alerta acción (SAA), sistema de vigilancia epidemiológica ambiental (Sisvea), y de investigaciones epidemiológicas de campo.

Los prestadores de servicios de salud a la población desplazada

En general, en todos los servicios de salud de los hospitales de la red adscrita se está atendiendo a la población desplazada por la violencia. Los mayores prestadores son los hospitales Bosa, segundo nivel, Suba, Usme, Chapinero, Vistahermosa y El Tunal.

Las atenciones que se han realizado corresponden a las del plan de atención básica y las asistenciales, especialmente salud oral, consulta externa, hospitalización y cirugía. Sin embargo, se estableció la necesidad de reforzar el trabajo los siguientes aspectos:

1. En la atención preventiva más que en la curativa.
2. En la atención en salud más integral, puesto que en la actualidad la atención en salud es fragmentada, porque en teoría se ofrece unas prestaciones asistenciales mayores a la población desplazadas pero como se mencionó estas se han enfocado a la atención curativa restringida y no hacia la atención psicosocial, que es más efectiva en

una población que ha sido afectada en sus condiciones de persona, tiempo y lugar.

3. El Ministerio de Salud ha establecido que la situación de desplazamiento produce efectos severos en la vida familiar y en cada uno de sus miembros, atendiendo a su especificidad de género y edad, siendo los más afectados los niños y las mujeres. Los hogares se ven obligados a padecer un rápido proceso de organización-reorganización, que con frecuencia provoca el traslado abrupto de responsabilidades en la búsqueda de supervivencia física y material; lo anterior genera efectos psicológicos producidos por el hecho violento, como desarraigo, miedo, temor y duelo no elaborado por las pérdidas.
4. Como problema de salud pública, la magnitud del impacto de la violencia y el desplazamiento sólo puede comprenderse si se consideran varias dimensiones: en la individual, sus repercusiones sobre la salud mental, el proyecto de vida, la inseguridad y sufrimiento emocional, la pérdida de proyecto de vida, entre otros. En la familiar, la asunción de nuevos roles, la no elaboración de duelos y el ajuste de sus miembros a situaciones nuevas generadoras de conflicto; en lo social-comunitario, el ajuste a las características del nuevo entorno físico y social, el desarraigo, la ausencia de sentido de pertenencia, la pérdida de grupos de referencia, el desempleo, las condiciones inhumanas de vivienda y la falta de oportunidades de educación, capacitación y laborales que permita su vinculación al medio económico productivo.

A manera de conclusión puede afirmarse que los trabajadores de la salud del sector público y privado deben tener en cuenta a la cada vez más creciente población desplazada por la violencia, constituida por personas en diferente ciclo vital, la cual se ha hecho más vulnerable para perder

sus condiciones de salud y bienestar. Lo anterior requiere trabajar con esta población intervenciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y asistencia y rehabilitación. Los servicios de salud deben realizar un alistamiento que incluye capacitación al equipo de salud y formulación de intervenciones con énfasis en lo psicosocial, que incluyan actividades extramurales, entornos saludables y participación de la población desplazada.

Bibliografía

- Presidencia de la República-Red de Solidaridad. Guía de atención integral a la población desplazada por la violencia. Bogotá. 2001.
- Presidencia de la República-Red de Solidaridad-Sistema nacional de atención integral a la población desplazada. Informe al Congreso de la República. Enero 2001 a febrero 2002.
- Médicos sin Fronteras. El desplazamiento forzado en Colombia. 2000
- Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud. Desplazados: derechos y deberes. 2001.
- Secretaría Distrital de Salud. "Informe a la Contraloría". Abril de 2001.
- Alcaldía Mayor de Bogotá-Consejo distrital para la atención integral a la población desplazada por la violencia por en Bogotá. "Plan de acción distrital para la atención integral a la población desplazada". 2001.
- Codhes: www.codhes.org.co, 2002.

Foro virtual sobre suplementación con micronutrientes. Bogotá, 1 al 19 de abril de 2002

Por Luz Mery Vargas y Zulema Jiménez

La dirección de salud pública de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá organizó, entre el 1 y el 19 de abril de 2002, el Foro virtual internacional de micronutrientes, con el propósito de discutir, analizar y conocer experiencias en torno a esta intervención en salud pública; así mismo, para brindar elementos técnicos para fortalecer o modificar la estrategia de suplementación con micronutrientes que lleva a cabo la Secretaría en Bogotá.

La discusión de expertos nacionales e internacionales que están aplicando la suplementación en diferentes latitudes enriquece el trabajo técnico que se desarrolla actualmente en Bogotá y permite identificar algunos puntos críticos con respecto a la suplementación con micronutrientes, en especial con hierro, ácido fólico, vitamina A y calcio.

El Foro virtual se dirigía, primordialmente, a profesionales de la salud que trabajan desde diferentes perspectivas la suplementación con micronutrientes, a miembros de la red del sistema de vigilancia alimentaria y nutricional (Sisvan) y a personas interesadas en la materia.

Se inscribieron cuarenta y una personas, dentro de las cuales había representantes del Instituto Nacional de Estadística de Bolivia, del Instituto Nacional de Salud de Perú, del Instituto de Nutrición y Tecnología de Alimentos (Inta) de la Universidad de Chile y del International Science & Technology Institute, Inc. (Isti) de Estados Unidos. De Colombia participaron profesionales de la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, D. C., del Ministerio de Salud, el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (nacional y regional Bogotá), el Instituto Nacional de Salud (INS), de las universidades Nacional de Colombia, Javeriana, La Salle y del Valle, del Departamento Administrativo de Bienestar Social de Bogotá, DEXA DIAB Servicios Médicos Ltda. IPS y de la Fundación Nutrír.

Durante la Conferencia hubo veinticinco intervenciones de las cuales tres se efectuaron en grupo —elaboradas por el grupo coordinador, integrado por cinco personas—; por otro lado, trece participantes enviaron sus comentarios en forma individual, es decir participaron dieciocho personas, lo que indica una participación de 47,3%.

El foro virtual se adelantó de acuerdo con la siguiente metodología: de cada materia se hicieron varias preguntas, que los participantes podían responder desde un principio en su totalidad o ir contestando por partes en el trans-

curso de las semanas. La metodología permitió polemizar sobre alguna respuesta específica o sobre un asunto que no estuviera incluido pero que el participante consideraba de importancia para el desarrollo adecuado del Foro. El filtro para esta discusión lo ejerció la coordinadora. La participación no era, necesariamente, activa; los participantes podían inscribirse para enterarse de la discusión y enriquecer sus conocimientos, como participantes pasivos.

Durante la primera semana (1-5 abril) se abordó lo relacionado con hierro y ácido fólico, en la segunda (8-12 abril) vitamina A, y en la tercera (15-19 abril) se discutió sobre el calcio.

Suplementación con ácido fólico

Conclusiones

- La fortificación de alimentos con ácido fólico no es suficiente para compensar las necesidades de la gestante por este micronutriente y mucho menos por la dieta.
- La suplementación con 400-500 mcg de ácido fólico a las gestantes desde el comienzo del embarazo hasta tres meses después de la gestación e, incluso, antes de la concepción, protege al niño de las malformaciones congénitas asociadas con alteraciones del tubo neural.
- Los indicadores de resultado de una estrategia de salud pública con la suplementación de ácido fólico son los índices de niños nacidos con espina bífida o anencefalia; el monitoreo debería ser la comprobación de la ingesta del suplemento.
- La suplementación con ácido fólico no obedece sólo a la protección de los problemas del recién nacido por deformaciones sino a que aquel participa del complejo hemínico y genera protección frente a la anemia y los déficit de hierro.

Recomendaciones

- Como existe suficiente evidencia del efecto protector del ácido fólico en mujeres en edad fértil, es importante impulsar medidas para incluir esta población en estrategias de suplementación masiva, integrando alternativas para bajar costos, porque, en términos generales, esa la razón para que esta medida no se implemente.
- Aunque en estudios de consumo se observan grandes vacíos de todos los micronutrientes, el ácido fólico es crítico

* Artículos publicados en el Boletín semanal de salud pública, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá.

co en este aspecto, siendo muy importante promover investigaciones para analizarlos a la luz del consumo de la harina de trigo fortificada con este micronutriente y con hierro, los niveles de compensación que hace este aporte en la dieta de la gestante especialmente y en la mujer promedio en edad fértil.

Suplementación con vitamina A

Conclusiones

- Existe consenso de que para la decisión de iniciar la suplementación profiláctica con vitamina A se han tenido en cuenta, básicamente, los criterios propuestos por la Organización Mundial de la Salud (OMS), ya que muchos países cuentan con datos actualizados de prevalencia de deficiencia de vitamina A (DVA). Sin embargo, en algunos lugares se han utilizado en forma complementaria ciertos indicadores adicionales, como datos o información sobre ingesta, los cuales sugieren deficiencias en el consumo de esta vitamina en algunos sectores de la población.
- Se plantea que la suplementación se está recomendando cuando la prevalencia de deficiencia es moderada o alta en niños —por ejemplo, por encima de 10%—. Por otro lado, se sugiere que todos los países con problema severo de deficiencia en vitamina A deberían tener programas de suplementación universal y de fortificación de alimentos, mientras que donde el problema es moderado podría pensarse en la suplementación focalizada, pues la DVA tiende a concentrarse en ciertas áreas o comunidades y grupos de población que presentan necesidades básicas insatisfechas y situaciones de pobreza y miseria.
- El Incap recomienda, además, que se lleven a cabo actividades —permanentes y autosostenibles— con participación de la comunidad —a largo plazo— orientadas a incrementar la producción y consumo de alimentos ricos en vitamina A. Adicionalmente, enfatizar sobre la fortificación de algunos alimentos de consumo masivo como el azúcar con vitamina A —a mediano plazo—, medida que una vez implementada en forma masiva podría eliminar la suplementación propiamente dicha y las acciones se intensificarían sobre la diversificación de la dieta. Sin embargo, como se mencionó, para tomar la decisión deben evaluarse las poblaciones específicas.
- Los grupos que se han priorizado para suplementar con vitamina A en algunos países son los preescolares —seis meses hasta cinco años, aunque en otros países se hace sólo hasta los niños menores de dos o tres años— y las mujeres en el posparto inmediato.
- Aunque la suplementación con este micronutriente en gestantes se considera importante, las megadosis no pueden utilizarse en este periodo debido a su efecto teratogénico potencial —algunos de los participantes dijeron

que este efecto no es tan claro—. Por esto se recomienda 5.000 UI en mujeres a riesgo de deficiencia. Sin embargo, parece que ningún país de los participantes en este Foro está realizando actualmente la suplementación profiláctica con vitamina A en gestantes.

- En niños, niñas y mujeres posparto las dosis pequeñas diarias no se utilizan actualmente en ningún país en desarrollo y no serían prácticas. Se identifica que la dosificación ideal de la suplementación de vitamina A es con megadosis cada seis meses:
 - 100.000 UI, una sola vez, para niños entre seis y once meses.
 - 200.000 UI, dos veces al año, para los niños de doce a 59 meses o de doce a 36 meses.
 - 200.000 UI, en el posparto inmediato —una dosis única, no más de seis a ocho semanas posparto porque tienen el riesgo de estar embarazadas—.
- El parasitismo intestinal tiene una relación directa con la absorción de los diferentes nutrientes y hay estudios que muestran que contribuye con la DVA. Sin embargo, aunque se citan algunos estudios, el efecto de la desparasitación en el estado de vitamina A no es tan claro. Se asume que el impacto depende de la severidad de la DVA, de la severidad del parasitismo y de la efectividad del antiparasitario.
- Habría que pensar en focalizar las zonas donde el parasitismo se presenta como un problema grave y adelantar la desparasitación masiva como un procedimiento que permite la absorción adecuada de nutrientes y, en general, para contar con una mejor respuesta al uso de los suplementos.
- En las respuestas se identifican dos estrategias para la entrega del micronutriente en forma efectiva: 1) en campañas del programa de inmunizaciones, y 2) en los servicios de salud —en programas de atención primaria—. Se plantea que si la estrategia se efectúa en estos últimos la cobertura sería muy baja y si se adelanta sólo en campañas de inmunización se corre el riesgo de que se realice sólo una durante el año, por lo cual no podría cumplirse con el esquema —cada seis meses—. Sin embargo, en cualquiera de las dos estrategias que se defina lo importante es que el control sea adecuado, para evitar que se dupliquen la dosis en periodos menores de seis meses.
- Para el seguimiento al programa de suplementación con vitamina A, al igual que en la suplementación con hierro, deben tenerse en cuenta indicadores de proceso y de impacto —en los que se incluye medición de estudios bioquímicos-retinol plasmático, y aunque es más difícil demostrarlo, revisiones sobre mortalidad y severidad de la morbilidad en la niñez—. Además, son muy útiles indicadores como cobertura poblacional anual, idealmente la cobertura útil —por ejemplo, porcentaje de los niños de seis a once meses que recibieron una dosis, de los

niños de doce a 59 meses con dos dosis anuales, y de las puérperas con una dosis—.

- Cuando se habla de la toxicidad en la suplementación con diferentes micronutrientes, es muy importante evaluar también los efectos devastadores de las avitaminosis. Los efectos tóxicos observados en los programas están bien descritos, son temporales y no tienen consecuencias a largo plazo. Los signos suelen aparecer con dosis sostenidas, farmacológicas o por vía alimentaria, que representan más de diez veces las recomendaciones nutricionales. Sin embargo, si se cumplen las normas de suplementación la probabilidad de que se presenten efectos secundarios es muy baja. Lo clave es mantener, al menos, un mes de intervalo entre dosis.

Recomendaciones

- Es necesario empezar a trabajar diferentes indicadores para evaluar la situación de micronutrientes, tanto para tomar la decisión de la suplementación como para evaluar los efectos de la misma en caso de llevarla a cabo. Debe ampliarse el concepto de que sólo donde no hay datos de deficiencia o estudios de prevalencia se usan indicadores adicionales.
- Mediante algunas intervenciones se reconoce la importancia y necesidad de conocer, además de la prevalencia de DVA, la frecuencia de enfermedades infecciosas como enfermedades diarreicas y respiratorias agudas en la población infantil, entre otras, y si la población tiene acceso a dietas fuentes de vitamina A que le permitan mejorar el consumo del nutriente.
- Se recalcó también la importancia de tener en cuenta para la decisión de suplementación si se trata de poblaciones específicas de alto riesgo o con condiciones especiales, como es el caso de los inmigrantes y desplazados, o de poblaciones con niveles de pobreza altos, por ejemplo, en cuyo caso la decisión de suplementar es prioritaria.
- Aunque en Colombia no se ha definido aun la estrategia por utilizar en cuanto a las deficiencias de vitamina A, la estrategia más sólida es la priorización de la fortificación de un alimento de consumo masivo, pues datos del estudio del INS en niños de doce y 59 meses (1995/96) muestran que el país, y Bogotá, presentan una deficiencia subclínica moderada de vitamina A. Por esto debe continuarse trabajando en la identificación del mejor alimento para sea fortificado. No obstante, teniendo en cuenta que en algunas regiones del país como la atlántica y la pacífica los porcentajes de deficiencia en niños de doce y 59 meses alcanzan 20% de la población, es importante pensar en la suplementación focalizada por regiones y grupos poblacionales.
- Además, siguiendo las recomendaciones dadas durante el foro, deben empezarse a generar mecanismos de diversificación de la dieta no sólo mediante la educación —en la cual deben fortalecerse también las estrategias para que su impacto sea mayor—.

- Antes de iniciar la suplementación con vitamina A es importante trabajar los indicadores de proceso y de impacto final que permitan dar cuenta de la estrategia en forma adecuada. Así mismo, debe efectuarse un esfuerzo para introducir instrumentos simples como un registro de la administración de suplementos de vitamina A en las tarjetas de vacunación y otras tarjetas de salud, que permita llevar un control estricto de la entrega de los suplementos, pues en el caso de la vitamina A las precauciones deben ser mayores, porque en este micronutriente, a diferencia del hierro, existe mayor preocupación por la toxicidad. Además, el desempeño de los sistemas periódicos de información en materia de salud debe mejorar, para mejorar la fiabilidad y la posibilidad de verificar los datos sobre cobertura.

Suplementación con calcio

Conclusiones

- A pesar de la amplia documentación científica sobre la participación del calcio y su deficiencia en la aparición de osteoporosis, problemas isquémicos y problemas de hipertensión en la gestación, entre otros, no ha sido posible clasificar a la deficiencia de calcio como un problema de salud pública, por las dificultades para el diagnóstico por métodos bioquímicos, siendo confiable la densitometría ósea, cuyo costo es alto, dificultándose la estrategia como acción de salud pública.
- La dosis protectora de calcio, correspondiente a 600 mg de calcio/día, se recomienda prioritariamente para ser suministrada a la gestante como grupo a riesgo, protegiéndola además de la eclampsia y la preeclampsia, de situaciones de riesgo en el trabajo de parto y para la reducción de partos pretérmino.
- La forma química más común para la suplementación con calcio y, en general, el tratamiento de las patologías donde interviene, es el carbonato de calcio, en torno al cual, a diferencia de lo que sucede con otros micronutrientes, se establece un consenso sobre absorción máxima, máxima molestias colaterales máxima y adherencia alta.
- Los estudios sobre consumo, que directa o indirectamente proporcionan datos de calcio, se han constituido en la alternativa a la dificultad técnica y financiera de sostener exámenes del costo de la densitometría ósea o la tomografía axial computarizada, más aún cuando experiencias varias y diversas refieren ingestas bajísimas, aportando un argumento más para afianzar las acciones profilácticas a corto plazo.

Recomendaciones

- Afianzar acciones en torno a la norma nacional (resolución 0412 de 2000), que define como obligatoria la suplementación de calcio para la gestante entre 1.400 y 1.600mg, porque no hay la tradición suficiente de parte del profesional que maneja el control prenatal para re-

comendar su consumo de manera adecuada para evitar inhibiciones con el hierro y otros micronutrientes.

- Promover y apoyar estudios de consumo de calcio, con diseños metodológicos rigurosos, para contar con información confiable, con base en la cual se fortalezcan las acciones de suplementación con este micronutriente, como opción a los altos costos de las pruebas de evaluación de las deficiencias y a la necesidad de fundamentar las intervenciones profilácticas y de tratamiento.
- Identificar en las prioridades de suplementación con calcio en grupos focales, como las adolescentes gestantes y las mujeres posmenopáusicas, entre las que se ha documentado una mayor tendencia a los déficit significativos de calcio y el manejo profiláctico está muy cerca del manejo terapéutico.

Alimentos transgénicos: organismos modificados genéticamente (OMG).

Revisión realizada por: Grupo de trabajo factores de riesgo del consumo. Dirección de salud pública.

Qué son

Son alimentos a los que se les han alterado genéticamente sus propiedades específicas, con el fin de hacerlos resistentes a las plagas o prolongar su duración.

Cómo se modifican

La parte orgánica más pequeña de un ser vivo es la célula que contiene un núcleo y en su interior se hallan los cromosomas. En los cromosomas se encuentra el ácido desoxirribonucleico o ADN, que es la base de las propiedades específicas de cada ser humano y que no se repiten en su ordenamiento individual.

El ADN está conformado por larguísimas cadenas moleculares formadas por el ensamblaje, en todas las combinaciones posibles, de cuatro tipos de pequeñas moléculas químicas, llamadas bases nitrogenadas —guanina, citosina, timina y adenina—. Podría compararse con una cinta telefónica en la que las letras no se sitúan por capricho, sino siguiendo el hilo lógico de un mensaje.

El método más común para la manipulación genética consiste en utilizar una pistola especial o pistola de genes —herramienta popular en la ingeniería genética, que se emplea para modificar moléculas de ADN—, que inyecta el gen específico al ADN receptor, para transmitirle las nuevas propiedades mejoradas que se buscan en la transformación.

El temor por una hambruna

En 2020 se estima que en el planeta habrá ocho mil millones de habitantes a los que habrá que alimentar tres veces al día. El problema que implica cumplir con esta meta con-

siste en que el área cultivable con alimentos ha descendido en los últimos años 15% y la tendencia se mantiene. A principios de los años 1960, los gobiernos del mundo respondieron a un reto similar con la llamada revolución verde, que consistió en impulsar el consumo de pesticidas y agroquímicos en el campo como fuente de aumento de la productividad de la tierra y del uso adecuado del agua dedicada a la producción de alimentos.

Hoy, frente al nivel de exigencia futura que se plantea, quienes apoyan los alimentos modificados proclaman la necesidad de la revolución biotecnológica, basada en ingeniería genética, como fuente de suministros de alimentos a gran escala, con ocupación optimizada de los mismos recursos disponibles, cada vez más escasos.

Esta revolución ya está en marcha en varios países, como lo demuestran algunas cifras. Según información del grupo de seguridad del Instituto Colombiano Agropecuario (ICA): de 1'7 millones de hectáreas sembradas con transgénicos en 1996 en todo el mundo, se pasó a 52'6 millones en 2001. Según Mauricio Mosquera, investigador de la Contraloría General de la República, se reconocen como características benéficas de los organismos genéticamente modificados (OGM) la resistencia a insectos, herbicidas, el retardo del periodo de maduración y la resistencia a la sequía o a la humedad excesiva.

¿Los OMG son seguros para el consumo?

En Colombia, la asociación de entidades dedicadas a la biotecnología manifiesta que desde hace más de diez años las agencias internacionales que estudian los alimentos provenientes de la biotecnología coinciden en la seguridad e inocuidad de los mismos así como las metodologías por medio de las cuales son evaluados —equivalencia substancial—.

Según la asociación, "los cultivos y los alimentos provenientes de OMG son tan seguros como los alimentos convencionales que ya existen en el mercado y la equivalencia substancial —comparación de aspectos moleculares, biológicos, químicos y fisicoquímicos entre el nuevo producto y su análogo convencional— es la estrategia más adecuada para garantizar su inocuidad".

El dilema desde este punto de vista consistiría en optar por la revolución biotecnológica que proclaman o enfrentar la perspectiva incierta de una hambruna generalizada, a la vuelta de un par de décadas. Desde su perspectiva, el ecosistema no se resiente.

El temor por la supervivencia

Más que rechazo, frente a los OMG hay temor, según lo manifiesta el presidente de la Federación de Arroceros, Rafael Hernández Lozano: "Resulta necio ignorar los resultados que traería la aplicación de las tecnologías de base genética, por lo que es indispensable promover un debate público y la toma de decisiones mediante la realización de discusiones abiertas en torno a la conveniencia o la inconveniencia de adoptar esa nueva tecnología".

Una de las bases para esta discusión consiste en que no todos los científicos comparten por completo la teoría del hambre que sustentan las casas propietarias de las patentes derivadas de la manipulación genética de alimentos y semillas.

La biotecnología por sí sola no será capaz de solucionar los problemas derivados de un modelo -agrícola- de desarrollo concentrador y que, antes que estar generando hambre por falta de alimentos, la genera por la incapacidad de los agentes de producir ingresos que les permitan comprar los alimentos. Este argumento lo comparten expertos reconocidos como Mauricio Mosquera de la Contraloría delegada para el sector agrario en Colombia y los investigadores Miguel Altieri y Peter Rosset, de la Universidad de Berkeley: "el mundo produce hoy más alimentos por habitante que nunca. Las verdaderas causas del hambre son la pobreza, la desigualdad y la falta de acceso a la demanda. Demasiadas personas son hoy demasiado pobres como para comprar el alimento que está disponible".

Otro argumento que esgrimen los ecologistas, que temen a la comercialización de semillas modificadas, es la incertidumbre que genera su liberación al mercado sin que se hayan probado en las condiciones del trópico y, por tanto, se tenga claro el efecto que podrían generar al entrar en contacto con otras especies nativas, en los pulmones del mundo.

Se han propuesto investigaciones sobre arroz en Colombia, pero que se hagan sobre variedades nativas, para aprovechar sus cualidades y, además, no concentradas exclusivamente en el aprovechamiento de los fertilizantes, sino en la mejora de su calidad alimenticia.

No existe un estudio concluyente que advierta de peligros por el consumo de alimentos transgénicos. Se necesitan, por lo menos, diez años para conocer sus efectos en el organismo humano.

Desde cuando se autorizó la venta comercial del primer alimento transgénico en Estados Unidos en noviembre de 1996, un tomate, la superficie plantada con semillas modificadas se ha multiplicado en todo el mundo de 17 millones de Hectáreas a 526 millones en 2001 (fuente: Global Review of GM Crops).

A partir de entonces, el mundo se debate entre la necesidad de crear una nueva revolución verde que supla la necesidad de alimentar a una población en aumento y los temores que implica liberar una tecnología que manipula el llamado libro de la vida y cuyas consecuencias son hasta ahora impredecibles.

El DANE posee cifras que demuestran cómo Colombia es un país importador de alimentos de países que son los mayores cultivadores de alimentos transgénicos como Argentina, Canadá, Estados Unidos y Brasil, y especialmente de alimentos como el maíz, la papa y la soya

La competencia para la autorización de la importación y comercialización de productos transgénicos la tiene el ICA. Esta institución ha aprobado las siguientes investigaciones con organismos modificados genéticamente:

Producto	Solicitante	Rango nuevo Del OMC
Clavel	Flores Colombianas Ltda Monsanto Colombianas Inc.	Flor de color azul
Algodón	Centro Internacional de Agricultura Tropical - CIAT	Resistencia a algunos insectos lepidópteros
Arroz	Centro Internacional de Agricultura Tropical - CIAT	Resistencia a la enfermedad de hoja blanca
Arroz	Centro Internacional de Agricultura Tropical - CIAT	Resistencia al barrenador del tallo (chilomima clarker)
Brachiaria	Centro Internacional de Agricultura Tropical - CIAT	Mejoramiento a través de ingeniería genética en manejo no confinado
Stylozantes	Centro Internacional de Agricultura Tropical - CIAT	Mejoramiento a través de ingeniería genética en manejo no confinado
Café	Federación Nacional de cafeteros de Colombia	Mejoramiento a través de ingeniería genética en manejo no confinado
Caña de azúcar	Centro Nacional de Investigación en Caña de Azúcar - CENICAÑA	Resistencia al virus del síndrome de la hoja amarilla

El ICA ha autorizado los ensayos de campo, pero no la comercialización de semillas transgénicas

Según una investigación hecha por el Periodismo Investigativo de El Espectador, en Colombia desde hace dos años se importan alimentos genéticamente modificados para el consumo interno, y en varios sectores de los Llanos orientales se cultiva con semillas de maíz y soya tratados genéticamente, sin control por parte del estado y sin advertir a los consumidores.

Las autoridades sanitarias y ambientales reconocen que no poseen la tecnología necesaria para hacer la diferenciación en el banco nacional de semillas.

Los representantes del ICA y del Consejo Técnico de Seguridad reconocen que su actividad se concentra en el sector legal de la agricultura y que en casos de contrabando de semillas el control corresponde a la Dirección de Impuestos y Aduanas Nacionales. Quien importe esas semillas debe solicitar autorización al ICA.

Según la Contraloría General de la República, es necesario que los consumidores estén informados para que opten por el tipo de alimento que desean consumir y, además, que el país tome una decisión de eEstado sobre la producción de alimentos transgénicos.

El ministro de Agricultura y Desarrollo Rural, Carlos Gustavo Cano, manifiesta "no podemos darle la espalda a una tecnología nueva, por temores mal basados" y anunció que a finales de 2003 está planeado liberar en Colombia la comercialización de las primeras variedades transgénicas.

Aparte de la preocupación que despiertan los transgénicos entre los ecologistas, se debate un aspecto central con respecto a este tipo de alimentos, el relacionado con el aprovechamiento de las patentes de las multinacionales. La preocupación se deriva del hecho de que son las mismas casas productoras de los alimentos transgénicos las que controlan el mercado de los agroquímicos. Los ecologistas de Greenpeace temen que luego de utilizar los cultivos empiecen a ejercerse prácticas de concentración para el alza de los precios, sin control oficial posible, como sucedió con los pesticidas genéricos para la agricultura.

Curso de atención integral en salud y aspectos forenses para personas que atienden casos de violencia intrafamiliar y sexual

A partir de los esfuerzos interinstitucionales encaminados a mejorar la atención a víctimas de violencia intrafamiliar, explotación y violencia sexual en Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en coordinación con el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INML-CF) y con el apoyo del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Departamento Administrativo de Bienestar Social (DABS) y las comisarías de familia, desarrolla actualmente el primer curso de promoción de buen trato, atención integral en salud y aspectos forenses, dirigido a equipos de salud que atienden personas en situación de violencia sexual, violencia intrafamiliar y explotación sexual.

El objetivo del curso es mejorar la atención integral de los niños, niñas, mujeres y ancianos en situación de violencia sexual o violencia intrafamiliar, mediante la capacitación y refuerzo en habilidades y destrezas del equipo de salud de las empresas sociales del estado y otros prestadores que atienden estos casos.

Se pretende posibilitar una atención de calidad a todos los miembros de la familia, con énfasis inicial sobre la atención de menores de edad y mujeres.

Así mismo se busca:

- 1 Actualizar sobre las guías y protocolos de atención en salud del menor y mujer maltratados.
- 2 Actualizar al equipo de salud del prestador para garantizar el manejo adecuado de los elementos materia de prueba, cadena de custodia y otros aspectos forenses de interés en la atención en salud.
- 3 Integrar al trabajo diario del equipo de salud los contenidos del plan distrital para la atención integral a los niños y niñas en abuso y explotación sexual.
- 4 Capacitar al equipo de salud para fortalecer programas de vigilancia epidemiológica.
- 5 Brindar al equipo de salud fundamentos jurídicos y bioéticos de la atención en estos casos.
- 6 Presentar el modelo de respuesta en salud en estos casos, en aspectos de promoción, prevención y atención.
- 7 Elaborar conjuntamente un plan para adelantar el programa de promoción del buen trato y atención a personas en situaciones de violencia sexual y violencia intrafamiliar.

REPORTE SEMANAL CUARTO PERIODO EPIDEMIOLÓGICO

Semanas epidemiológicas: 13, 14, 15 y 16. Del 24 de marzo al 20 de abril de 2002

EVENTOS	Usaquén		Chapinero		Santafé		S. Cristóbal		Usme		Tunjuelito		Bosa		Kennedy		Fontibón		Engativá		Suba		B. Unidos		Teusaquillo		Martines		A. Varín		P. Aranda		Candelaria		R. Uribe		Cajalmar		Sumapaz		Total	
	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu	Obs	Acu		
ETA	1	14	9	49	1	7	2	10	4	1	6	2	3	2	10	2	7	18	55	13	45	8	28	3	20	2	2	4	14	1	5	5	11	10	13			82	305			
Hepatitis B	2	5		13	1	1	1	4				1	1	2	1	4	7	2	3	1	1	2	4	3	1	1	1	2	5	2	3						16	59				
Infección por VIH	10	21	9	66	2	10	5	17	4	5	10		10	1	12	2	6	21	1	11	2	17	7	23	2	8	2	6	1	11						53	259					
Meningitis meningocócica																																										
Meningitis Haemophilus influenzae																																										
Mortalidad materna																																										
Mortalidad perinatal	3	13	2	5	1	4	3	22	1	11	3	12	3	11	6	31	2	14	2	17	4	30	-	8	-	3	1	6	3	8	-	3	2	13	3	7	1	40	223			
Mortalidad por EDA 4 años	1																																									
Mortalidad por neumonía 4 años																																										
Mortalidad por malaria																																										
Patellisis flácida aguda	1																																									
Exposición abrica leve	2	17	1	8	3	9	5	21	4	9																																
Exposición abrica grave	1	1							1	1	1	2					1	3	7																							
Reacción postvaccinal	1	2			1	1	2	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1																			
Rubéola	80	16	20	3			30	14	6	20	6	20	6	20	8	60	20	40	8	150	23	150	28	30	5	50	5	40	9													
Sarampión	80	13			1	30	3	50	6	60	8	20	6	50	12	150	24	50	6	50	6	80	1	10	1	10	1	20	3	20	2	10	6									
Sifilis congénita	3	5			2	2	8	4	4	2																																
Tuberculosis extrapulmonar	1	2			2	3	1	3	3	1	1	4	1	1	4	5	1	2	2	5	3	6	3	3	1	2																
Tuberculosis pulmonar	5	12	1	8	2	5	4	11	2	7	3	5	4	10	3	17	4	6	15	4	11	2	6																			
Hepatitis A	9	48	8	52	5	22	32	97	9	35	4	31	12	46	25	73	11	46	14	79	26	83	7	23	3	22	2	18	2	7	9	31	2	6	14	42	43	77	237	838		
Parotiditis	2	8	3	11	1	1	7	2	5	3	4	1	10	1	9	1	2	4	14	3	17	5	1	3																		
Lopra																																										
Tosferina	3				1	-	1	-	2	1	-	2	2	2	1	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Brote de varicela																																										
Brote de ETA					1	2		7	1	1	3	4																														
Brote hepatitis A					1			2																																		
Otros brotes																																										
Total	56	182	35	220	26	80	73	264	22	99	34	112	36	150	67	304	33	146	94	303	115	412	28	105	32	108	16	66	9	33	31	127	4	21	30	120	101	188	-	7	851	3 060

> Brote rubéola L Confirmado por laboratorio

	Community	% Probable
1	100	100
2	100	100
3	100	100
4	100	100
5	100	100
6	100	100
7	100	100
8	100	100
9	100	100
10	100	100
11	100	100
12	100	100
13	100	100
14	100	100
15	100	100
16	100	100
17	100	100
18	100	100
19	100	100
20	100	100
21	100	100
22	100	100
23	100	100
24	100	100
25	100	100
26	100	100
27	100	100
28	100	100
29	100	100
30	100	100
31	100	100
32	100	100
33	100	100
34	100	100
35	100	100
36	100	100
37	100	100
38	100	100
39	100	100
40	100	100
41	100	100
42	100	100
43	100	100
44	100	100
45	100	100
46	100	100
47	100	100
48	100	100
49	100	100
50	100	100
51	100	100
52	100	100
53	100	100
54	100	100
55	100	100
56	100	100
57	100	100
58	100	100
59	100	100
60	100	100
61	100	100
62	100	100
63	100	100
64	100	100
65	100	100
66	100	100
67	100	100
68	100	100
69	100	100
70	100	100
71	100	100
72	100	100
73	100	100
74	100	100
75	100	100
76	100	100
77	100	100
78	100	100
79	100	100
80	100	100
81	100	100
82	100	100
83	100	100
84	100	100
85	100	100
86	100	100
87	100	100
88	100	100
89	100	100
90	100	100
91	100	100
92	100	100
93	100	100
94	100	100
95	100	100
96	100	100
97	100	100
98	100	100
99	100	100
100	100	100

% PROBABLE
C Confirmado clínicamente

C Confirmado clinicamente

C Confirmed clinically

EVENTOS ESPECIALES

Semana 13 D. clástico (Atlántico 1, C/marca. 2, Meta 1); d. hemorrágico (Casarete 1, Chocó 1); m. vivax (Boyacá 1, Chocó 1); m. falciparum (Chocó 1, Guaviare 1, Meta 1); TBC pulmonar (C/marca. 1, Meta 1); m. EDA (C/marca. 1); m. perinatal (C/marca. 1, Meta 1).

Semana 14 M. IRA (Boyacá 2); m. perinatal (Meta 1); m. vivax (Casimare 1, C/marca 1, Chocó 3, Meta 1, Vichada 1, Santander 1); m. falciparum (Meta 1, Vichada 1); d. hemorrágico (C/marca 5, Quindío 1, Tolima 1, Santander 1); d. clásico (C/marca 12, Guaviare 1, Meta 1, Huila 1, Caldas 1); tétanos neonatal (Guaviare 1); TBC extrap. (Caquetá 1); TBC pulmonar (Guainía 1); VIH (Valle 1).

Semana 15 Leishmaniasis cutánea (C. Boliviar); d. clásico (Casasare 1, C/marca. 11, Meta 2, Huila 1, Tolima 1); d. hemorrágico (C/marca. 5, Meta 1, Tolima 1); rubéola (C/marca. 1); parotiditis (C/marca. 2); hepatitis A (C/marca. 1); m. IRA (C/marca. 2, Caquetá 1); m. perinatal (C/marca. 2, Tolima 1); TBC extrap. (C/marca. 1); tosferina (C/marca. 1); m. mixta (Chocó 1, Meta 1); m. vivax (Guaviare 1, Meta 1, Vichada 1); m. falciparum (Guaviare 1).

Semana 16 Hepatitis C (Teusa, B. Unidos Suba, P. Aranda, Kennedy 1, Eng., Chap. 2, C/marca. 1); hepatitis B (C/marca. 1); d. clásico (Casnare 1, C/marca. 1); d. hemorrágico (Tolima 1); sarampión (C/marca. 1); m. IRA (C/marca. 1); m. perinatal (Tolima 1); toslerina (C/marca. 1); m. mixta (Chocó 1); m. vivax (Guaviare 1, Valle 1); TBC pulmonar (Caquetá 1, Boyacá 1); VIH (Bolívar 1).