

La interfaz humanitaria desde la perspectiva del VIH

La palabra interfaz suele evocar la imagen de un ser humano que interactúa con una máquina. Ahora bien, en la gestión de desastres y las intervenciones frente a emergencias complejas, la realidad engloba muchas interfaces. La relaciones entre grupos y en el seno de los mismos son complicadas y tanto la peculiaridad como las condiciones y la dimensión de cada desastre siempre difieren. ¿El desastre en cuestión trajo aparejada una migración masiva? ¿El acceso a carreteras y comunicaciones se vio seriamente comprometido? ¿Cuál era el estado de los sistemas médico, administrativo y de seguridad antes que sobreviniera?



Los damnificados tienen diversos grados de resiliencia y la capacidad de intervención de las autoridades locales o nacionales también varía así como su disposición a pedir ayuda. Además, distintas organizaciones llegan con distintos conjuntos de competencias, cantidad de recursos y programas que, en muchos casos, son contradictorios.

En las dos últimas décadas, el VIH añadió una serie de factores a la combinación y las relaciones complejas entre desastre y desarrollo. Algunos de esos factores se pueden abordar mediante los ajustes relativamente directos que quienes intervienen siempre deben hacer en el terreno cuando las condiciones cambian y se tiene una idea precisa de las necesidades. Por ejemplo, la importancia de la nutrición para la salud de quienes viven con el VIH exige replantearse el volumen de las raciones y el tipo de alimentos que se distribuirán en aquellas situaciones donde hay muchas personas seropositivas (Harvey, 2004b).

Más allá de las cuestiones de orden operativo, el impacto de la epidemia en sociedades enteras del África subsahariana dio lugar a reflexiones más profundas acerca de las intervenciones en casos de desastre. Por ejemplo, en un análisis reciente de la intervención frente a la epidemia en Swazilandia se mantiene que debido al VIH, ya no debería considerarse que los desastres son lineales y constan de tres etapas –inicial, intermedia y final– sino eventos a largo plazo que requieren otro paradigma de intervención.

Las organizaciones humanitarias que participan en intervenciones en casos de desastre no siempre comparten intereses y enfoques. Diversos aspectos de la labor humanitaria pueden abarcar una amplia gama de grupos y estructuras.

Esas entidades tienen distintos pareceres acerca del ciclo de los desastres según se trate de organizaciones de socorro o de desarrollo. Algunas de las organizaciones más grandes abarcan los dos componentes de ese ciclo reconociendo que algunos aspectos de socorro y desarrollo están sumamente interrelacionados.

Además de la diferencia de mandatos e intereses, el grado de pericia de las organizaciones también varía mucho, lo que resulta evidente en relación con el VIH. Algunas organizaciones hicieron grandes esfuerzos para incorporarlo en sus operaciones mientras que otras no disponen de la experiencia ni los conocimientos suficientes para afrontar emergencias en las cuales el VIH es un factor significativo.

Oxfam reflexionó detenidamente sobre la mejor manera de incorporar el VIH y el sida en sus operaciones. A tales efectos, recientemente se publicó un manual (Walden et al., 2007) en el cual se propone que cada programa debería enfocarse desde “la perspectiva del VIH” y también se recalca que disponer de datos básicos sobre la prevalencia del mismo es esencial para tomar decisiones.

Algunos organismos especializados de la ONU que intervienen en casos de desastre también llevan bastante tiempo tratando de incorporar el VIH en sus operaciones. Por ejemplo, la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA) desde hace muchos años vienen incluyendo oficialmente políticas para integrar la dimensión del sida en su asistencia de emergencia. Esto último es muy pertinente sobre todo para las zonas rurales del África subsahariana donde las emergencias son frecuentes y se da una fusión entre la vulnerabilidad de los medios de subsistencia y las altas tasas de prevalencia del VIH (FAO, 2001).

A diferencia de las organizaciones con una amplia “cartera” humanitaria, muchas ONG tienen un mandato o vocación que se centra en aspectos concretos de los desastres. Citemos el ejemplo de Médicos Sin Fronteras (MSF), una de las organizaciones más conocidas que presta servicios médicos “en primera línea” en casos de desastre; dado que dicha organización estructura sus servicios de manera que abarquen los problemas de salud más comunes, la programación acerca del VIH representa una sólida parte de los mismos. MSF lleva más de una década acumulando una pericia sustancial en el trato de personas que viven con el VIH y también fue pionera en la administración de tratamiento antirretroviral (TAR) en situaciones difíciles.

Por lo que atañe a las intervenciones relativas al VIH, dos de las cuestiones fundamentales son: a) donde sobrevino el desastre y b) en qué etapa se encuentra. La

primera tiene que ver en gran medida con las tasas de prevalencia del VIH y el tipo de epidemia en la zona afectada; la segunda consiste en saber qué intervenciones son apropiadas y eficaces en función de los costos en cada etapa del desastre en cuestión.

Actualmente, tan solo habrá que vérselas con las altas tasas de prevalencia que caracterizan una epidemia “generalizada” en las intervenciones frente a crisis que ocurren en el África subsahariana, América Central, el Caribe y algunos países asiáticos. En otras partes del mundo, se considera que la epidemia está “concentrada” pues aqueja a menos del uno por ciento de la población y a más del cinco por ciento de cualquiera de los grupos de más alto riesgo como los consumidores de droga por vía intravenosa, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y los trabajadores del sexo; en muchos casos, también se incluyen en esa lista a migrantes y presos. Los retos asociados con la administración de tratamiento y la prestación de servicios de prevención son muy distintos según se trate de uno u otro tipo de epidemia. Por ejemplo, en la epidemia generalizada, el alcance de la programación de la prevención debería ser amplio y abarcar a hombres y mujeres de todos los grupos de edad. En cambio, tratándose de una epidemia concentrada dicho alcance debería centrarse minuciosamente en los grupos de mayor riesgo si se pretende que sea eficaz en función de los costos.

Además, desde el punto de vista de la recaudación de fondos y las relaciones públicas, consideración importante en el ámbito del socorro en casos de desastre, resulta más fácil obtener recursos para una epidemia generalizada que afecta a hombres, mujeres y niños que para los grupos marginados de las epidemias concentradas. Algunos políticos y donantes se pronunciarán a favor de los llamamientos para costear el TAR a fin de prevenir la transmisión del VIH de madres a hijos o sufragar el apoyo a familias afectadas por el VIH y el sida. En cambio, obtener fondos para trabajar con los consumidores de droga por vía intravenosa o prevenir la transmisión del VIH entre trabajadores del sexo y hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres resulta notoriamente difícil (ONUSIDA 2004). Esto último es doblemente cierto en situaciones de emergencia.

La cuestión del “cuando” gira en torno a la etapa del desastre. También se plantea la cuestión del “quien” dado que no sólo cada organización tiene sus propias pericia y prioridades sino que también entra en juego la responsabilidad de los gobiernos anfitriones. Lo que sigue se aplica sobre todo a los desastres relacionados con crisis repentinas.

Etapas agudas: Desgraciadamente, en las primeras etapas de un desastre, el VIH no figura entre las principales prioridades de los esfuerzos humanitarios. Ahora bien, algunas intervenciones *relacionadas* con el VIH son indudablemente prioritarias, sobre todo, el suministro de sangre segura (análisis y precauciones universales) y la seguridad de mujeres y niños que también habrá que garantizar en las etapas siguientes. Asimismo, en la medida de lo posible, habrá que identificar a quienes viven con el VIH y necesitan tratamiento antirretroviral y tratar de asegurar el suministro de medicamentos si existe el riesgo de que se agoten.

Fase de estabilización después de la emergencia: En esta etapa, el quehacer humanitario se orienta al restablecimiento (y en algunos casos, la creación) de los sistemas de salud, y cuando las tasas de prevalencia justifiquen un esfuerzo basado en la eficacia en función de los costos, las organizaciones participantes deberían ocuparse de intervenciones integradas sobre el VIH en el ámbito de amplias cuestiones tales como la salud sexual y reproductiva (clínicas de atención prenatal, preservativos y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual) o el control de la tuberculosis. También deberían establecer intervenciones especializadas acerca del VIH, en particular, servicios de prevención de la transmisión de madres a hijos y profilaxis posexposición, así como velar por la continuidad del tratamiento antirretroviral de los pacientes que lo habían iniciado, habida cuenta del peligro de que desarrollen resistencia a los medicamentos en caso de interrupción (Spiegel et al., 2005).

Fase de programación a largo plazo: Esta es la etapa a la que más se aplica el principio de incorporación pues comprende la mayor cantidad de interfaces entre la corriente “humanitaria” y la corriente de “desarrollo”. Además, es la etapa en la que existen más probabilidades de que la colaboración con las estructuras estatales que se ocupan del VIH (y los sistemas de salud en general) sea fructífera.

La cuestión de la preparación en previsión de desastres también debería considerarse pues puede ser particularmente útil en las intervenciones relativas al VIH. A fin de reducir el impacto global de los desastres, en la Estrategia de Yokohama de 1994 (antecesora intelectual del Marco de Hyogo) se subrayaba la necesidad de abordar los riesgos de desastre en el contexto del desarrollo sostenible y de cimentar la *resiliencia* reforzando la capacidad local y nacional de gestión y reducción del riesgo. En dicha estrategia se señalaban a la atención cinco esferas principales: a) gobierno, es decir, marcos organizativos, jurídicos y políticos; b) identificación, evaluación, supervisión y alerta temprana de riesgos; c) gestión de conocimientos y educación; d) reducción de los factores subyacentes al riesgo, y e) preparación en previsión de desastres para una intervención y recuperación efectivas.

Esas cinco esferas cuadran perfectamente con los enfoques del VIH y el sida que son de carácter multisectorial y se basan en el desarrollo. La identificación del riesgo debería incluir la necesidad de disponer de datos sobre la prevalencia y la vulnerabilidad a fin de poder determinar quiénes tendrán necesidad de qué servicios si sobreviene un desastre. La preparación en previsión de desastres permite identificar lo que hará falta en las primeras fases (por ejemplo, mantener el suministro de medicamento para quienes habían iniciado el TAR) y la forma de reanudar lo antes posible aquellos servicios que pudieran verse interrumpidos.

Ahora bien, en ningún caso, los proyectos meritorios pero de pequeña escala que llevan a cabo algunas ONG reemplazan los programas nacionales bien planificados y bien realizados. Hoy en día, los gobiernos disponen de gran cantidad de fondos

procedentes de donantes bilaterales y multilaterales que podrían utilizar para ampliar el tratamiento del sida y los servicios de prevención del VIH a refugiados y desplazados; también hay fondos disponibles para organizaciones que trabajan en Estados frágiles o zonas donde el conflicto armado es crónico. Además, el contexto actual ofrece a las organizaciones de socorro, las organizaciones de desarrollo y las organizaciones que se ocupan del VIH buenas oportunidades de trabajar juntas –de preferencia en armonía con los mecanismos de coordinación existentes en los países– y hacer mejor uso de las distintas ventajas comparativas de cada una de ellas.

Por último, cimentar la capacidad nacional de programación acerca del VIH en “tiempos normales” fortalece las intervenciones durante todo el ciclo de socorro y desarrollo tanto en el caso de epidemias generalizadas como de epidemias concentradas en grupos marginados. Se trata de un medio que cumple con un doble objetivo: por un lado, fortalecer la resiliencia y acelerar las intervenciones en las primeras etapas de los desastres (en sentido tradicional) y, por el otro, abordar de frente ese desastre complejo y a largo plazo que supone el VIH en aquellos países con altas tasas de prevalencia.

Incorporación del VIH y el sida: La experiencia de Oxfam

A efectos de incorporar el VIH y el sida en todos los aspectos de su labor, Oxfam busca respuestas a dos preguntas básicas: qué impacto tendrán sus programas en el VIH y el sida y cómo uno y otro afectarán sus programas.

En los campamentos para desplazados internos de Uganda septentrional, los programas de agua y saneamiento se adaptaron a familias afectadas por el VIH instalando bombas de agua de uso fácil para aquellas familias encabezadas por niños o personas debilitadas por la enfermedad. La comunidad también aceptó que las familias donde hay enfermos crónicos no paguen el agua. Los programas de vivienda de la zona también se adaptaron para reducir la vulnerabilidad de las niñas a la violación y el VIH. Oxfam y otras ONG se ocuparon de que

hubiera refugios separados para hombres y mujeres con letrinas bien iluminadas para las muchachas que buscan refugio de noche.

Citemos también el ejemplo de la emergencia alimentaria en Zambia donde Oxfam transportaba en camión los alimentos adquiridos a proveedores que se encontraban muy lejos de las zonas afectadas. Dado que los conductores tenían que dormir en casas de huéspedes, Oxfam les distribuyó preservativos e información para sensibilizarles acerca del VIH.

Además, Oxfam se comprometió a garantizar la incorporación del VIH en sus propias prácticas de gestión lo que, como es sabido, implica asegurar que la política y la práctica de la organización reduzcan su propia vulnerabilidad al VIH. ■

Texto del capítulo: Andrew Wilson, escritor y editor especializado en cuestiones de salud pública. Texto del recuadro: Lesley Lawson, escritora especializada en el VIH y el sida, residente en Londres.