

VIH y movilidad de población: Mitos y realidad

En el mundo jamás hubo tanta movilidad. Hoy en día, una gran cantidad de personas se desplaza dentro de los países y a través de las fronteras ya sea temporal, estacional o permanentemente por múltiples motivos que obedecen a su voluntad o son ajenos a ella. Algunas son migrantes que tratan de obtener la residencia o permanecer largo tiempo en el lugar de destino. Muchas otras van y vienen con frecuencia como los comerciantes y los trabajadores del transporte. La epidemia del VIH puede ser un desastre para las comunidades tanto de los lugares de partida y de destino como para aquellas que se encuentra a lo largo de las vías de comunicación.

La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) estima que este año habrá 200 millones de migrantes. Los parámetros de los movimientos de población son tan amplios que hoy en día casi todo los países, en mayor o menor grado, son a la vez países de partida, tránsito y destino (IOM, 2008). Además, en algunos, una enorme cantidad de personas se desplaza por todo el territorio nacional. Según estimaciones, en la China son entre 100 y 150 millones (Tucker et al, 2005).

La pandemia también generó nuevas formas de migración incluidos el aumento del éxodo rural a zonas urbanas por el deterioro de la producción agrícola; el desplazamiento de migrantes sanos que ocupan los puestos que quedaron vacantes a causa de las muertes por sida; el desplazamiento de personas que viven con el VIH para estar más cerca de instalaciones o proveedores de salud; la migración laboral de otros miembros del hogar cuando quien asegura el sustento cae enfermo; el desplazamiento de quienes viven con el VIH para evitar el estigma en su propia comunidad y la migración de cónyuges supervivientes (Crush et al, 2005; IOM, 2005).

En muchos casos, el VIH es hijo de la pobreza pero también está asociado con las desigualdades y la transición económica (Piot et al, 2007). El crecimiento económico y el comercio entre países vecinos aumentan la movilidad, en particular de los trabajadores del transporte, y propician la industria del sexo a lo largo de las vías de comunicación. A veces, se estigmatiza injustamente a los migrantes atribuyéndoles la



propagación del VIH pero, en muchos casos, la realidad es que van de regiones con tasas más bajas a regiones con tasas más altas de prevalencia del VIH. En países donde esas tasas son bajas, como Bangladesh, Filipinas y Pakistán, la probabilidad de tener el VIH es mayor para los migrantes que regresan que para la población local. (CARAM Asia, 2007). En Filipinas, los trabajadores que volvieron del extranjero representan casi el 35 por ciento de los casos de VIH documentados y el 42 por ciento de los nuevos casos registrados en 2006 (CARAM Asia, 2007).

No todas las personas migrantes y que se desplazan corren el mismo riesgo de contraer el VIH y en las intervenciones debería darse prioridad a los grupos de mayor riesgo. Por ejemplo, una encuesta sobre vigilancia del comportamiento llevada a cabo en la República Democrática Popular Lao reveló que sólo seis por ciento de los trabajadores estacionales que se desplazan había mantenido relaciones con trabajadores del sexo en los últimos 12 meses frente al 12 por ciento del personal militar, el 24 por ciento de los policías y el 31 por ciento de los camioneros (Family Health International, 2006).

Muchos factores subyacentes de la movilidad (como la distribución desigual de recursos, el desempleo local, la inestabilidad socioeconómica y los disturbios políticos) también acrecientan la vulnerabilidad a la infección del VIH. A causa de su movilidad y su propia condición, los migrantes pueden caer en las grietas de las intervenciones frente al VIH de los países de origen, tránsito, destino y regreso (IOM, 2002).

Rara vez, se entiende que el VIH sea el peligro más inminente para la salud al que se exponen los migrantes. Violencia física, detención ilegal en condiciones precarias, accidentes de trabajo, abuso sexual, trastornos mentales y otras enfermedades infecciosas como la tuberculosis suelen considerarse prioridades más inmediatas. Mientras no se respeten y protejan los derechos de los migrantes estas cuestiones nunca se abordarán acertadamente y, ni qué hablar de los retos complejos que plantea el VIH.

Los migrantes que viven con el VIH y aquellos que siguen el tratamiento antirretroviral tropiezan con más dificultades. Debido al examen de predepliegue y la exclusión de los migrantes con VIH, algunos esconden su condición y sus medicamentos al cruzar las fronteras. Por el bien de todos, y no sólo el suyo propio, es esencial que los migrantes que toman medicamentos antirretrovirales prosigan el tratamiento durante todo el proceso de migración. El desarrollo de cepas del VIH resistentes a los medicamentos es una amenaza latente tanto para la persona en cuestión como para la sociedad e interrumpir los tratamientos puede desencadenar un desastre. Aun así, son contados los sistemas de salud estatales que no se limitan a prestar servicios de urgencia a los migrantes indocumentados (también denominados “migrantes en situación irregular”).

El sida ya supera la capacidad de intervención de las comunidades en muchas partes del África subsahariana donde la movilidad asociada con la minería y el transporte

facilitaron la propagación rápida y temprana del VIH (Williams and Gouws, 2001; Crush et al, 2005). Los trabajadores de otros sectores en cuestión son aquellos de la agricultura comercial, la construcción y el servicio doméstico, así como los obreros de fábricas, los trabajadores del espectáculo y los comerciantes informales.

Las mujeres también se desplazan dentro de los países. La proporción de las migrantes aumentó debido a la mayor demanda de mano de obra femenina en los servicios y la industria, y a la creciente aceptación social de la movilidad de la mujer. En muchos casos, la vulnerabilidad de las mujeres al VIH se ve acrecentada por la movilidad y las migrantes indocumentadas son las más vulnerables al abuso y la explotación.

La OIM informa que aunque la proporción de mujeres en los flujos migratorios globales no registró fluctuaciones notorias en estas últimas décadas, hay tendencias propias a cada región. América Latina registra la proporción más alta (54 por ciento) de mujeres en términos de migración internacional en las zonas en desarrollo. Las mujeres representan casi el 60 por ciento de los emigrantes de Filipinas, Indonesia y Sri Lanka. En el caso de los migrantes de Oceanía, el número de mujeres supera al de los hombres desde 2000 (IOM, 2008). En los últimos años, casi tres de cada cuatro emigrantes de Camboya a Malasia eran mujeres. La mayoría de ellas trabaja en el servicio doméstico pero algunas lo hacen en fábricas, tiendas, plantaciones y el sector de la construcción (Lee, 2006).

Aproximadamente 800.000 personas por año son víctimas de la trata transfronteriza y millones más de la trata en su propio país. La mayoría de las víctimas transnacionales son mujeres explotadas en el comercio sexual transnacional (Gobierno de Estados Unidos, 2007). Las causas estructurales de la vulnerabilidad a la trata abarcan la pobreza, un escaso acceso a la educación, la falta de sanciones jurídicas por incumplimiento de las leyes, y actitudes y prácticas socioculturales que desvalorizan y degradan a niñas y mujeres.

Un estudio de 2006 sobre la trata de mujeres en tres países de África oriental y meridional reveló que eran enviadas a países tan lejanos como Tailandia (IOM, 2006a). El riesgo de contraer el VIH se ve agravado por la violencia sexual y el trauma psicológico que sufren todas ellas. Un estudio de 2007 sobre chicas y mujeres de Nepal que fueron repatriadas tras haber sido víctimas de la trata reveló un alta tasa de prevalencia del VIH: 38 por ciento. La edad de esas chicas promediaba los 17 años y en el caso de las menores de esa edad la probabilidad de que fueran seropositivas era mayor (Silverman et al, 2007).

La cooperación regional e internacional es crucial para acabar con la trata. Desde 2003, en el marco del Programa para África Meridional de Asistencia contra la Trata de Personas (SACTAP por sus siglas en inglés) se viene apoyando a gobiernos y grupos de la sociedad civil a combatirla al tiempo que se ofrece asistencia a las víctimas y se

sensibiliza a la opinión pública. La formación incluye las consecuencias de la trata, incluidos el VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).

En los párrafos siguientes se reseñan algunos instrumentos e intervenciones nacionales, regionales e internacionales acerca del VIH en el contexto de la movilidad en los que se destaca la importancia de abordar las causas subyacentes de la vulnerabilidad y se proponen algunas medidas prácticas que se pueden tomar.

La *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares*, garantiza (incluso a los indocumentados) el “derecho a recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate” (Artículo 28). Los familiares de los trabajadores migratorios gozarán del mismo acceso que los nacionales a servicios de salud, a condición de que se cumplan los requisitos para la participación en los planes correspondientes (Artículo 45). Dado que dicha convención fue adoptada en 2003 por el momento la ratificaron poco más de 40 países ninguno de los cuales acoge un gran número de trabajadores migrantes.

Las iniciativas regionales de carácter intergubernamental o tomadas por otras partes interesadas (tales como el grupo regional de tareas sobre movilidad y reducción de la vulnerabilidad al VIH en Asia sudoriental y China Meridional, de la ONU) ofrecen la posibilidad de compartir perspectivas y experiencias pero la brecha política que existe entre los países de partida y los países de acogida de toda la región respecto a cuestiones tales como la obligatoriedad del examen de detección del VIH para los trabajadores migrantes sigue siendo abismal.

Desdichadamente, la intervención de órganos intergubernamentales, organismos de desarrollo y donantes ha sido por momentos fragmentaria y conflictiva. En 2006, el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria aprobó la suma de 19 millones de dólares para un proyecto regional de intervención relativo al VIH y la movilidad en África occidental pero en 2007 rechazó la propuesta de un proyecto similar de la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental (ASEAN por su sigla en inglés). El diálogo regional sobre movilidad es importante pero no debería reemplazar la urgente acción nacional para ampliar las intervenciones prácticas que dieron resultado en lo que respecta a migrantes y poblaciones móviles.

La movilidad suele obedecer a la búsqueda de oportunidades económicas. En muchos países hubo éxodos masivos a las ciudades por falta de desarrollo rural. En tales circunstancias, las leyes que restringen la libertad de movimiento dentro del país resultan ineficaces y, en muchos casos, dieron lugar a una subclase de trabajadores a quienes se priva de los derechos a la salud y la educación así como a sus familiares.

La vulnerabilidad al VIH relacionada con la movilidad está intrincadamente vinculada con factores de carácter cultural, económico y político que deben entenderse y reconocerse para encontrar soluciones idóneas.

Las intervenciones políticas que hacen falta resultan familiares e intimidantes, en particular, la necesidad de dejar de centrarse en el comportamiento individual de riesgo e ir más allá para abordar las causas estructurales y ambientales de la vulnerabilidad al VIH. Las medidas prácticas abarcan: despenalizar el trabajo sexual y lograr que sea más seguro; abolir los requisitos de residencia para tener derecho a los servicios de salud y prestar servicios gratuitos y cordiales a todos en lo que respecta al VIH y otras ITS; hacer cumplir las prohibiciones relativas a la discriminación de género en el empleo; invertir en desarrollo rural para ofrecer a los jóvenes una alternativa respecto a la vida en la ciudad; investigar acerca del aporte financiero de los migrantes a la economía y otros beneficios de la movilidad y publicitarlos; contar con la participación de la prensa para combatir las percepciones negativas acerca de los migrantes y las poblaciones móviles, y evaluar el potencial impacto socioeconómico de no intervenir de inmediato frente a la vulnerabilidad al VIH.

Las soluciones más eficientes sólo se encontrarán en consulta con las poblaciones afectadas que dan por sentado que tienen un lugar para hablar y serán escuchadas. El grado de participación de los propios migrantes y poblaciones desplazadas en las intervenciones frente a los retos que plantean el VIH y la movilidad determinará en gran medida el éxito de nuestros esfuerzos.

La importancia de los enfoques inclusivos y sensibles a cuestiones de género

Centrarse únicamente en “grupos de alto riesgo”, como los camioneros, impide abordar los riesgos de grandes grupos de población tales como las viudas de hombres que pueden haber tenido numerosas parejas sexuales. En la India, Oxfam y la organización South Orissa Voluntary Action (SOVA) apoyan a grupos de autoayuda en zonas tribales para capacitar a las mujeres a fin de que tengan mayor fuerza individual y colectiva. A tales efectos, se les ayuda en la compra de semillas y fertilizantes o la gestión del régimen estatal

de raciones. SOVA se percató que dichos grupos también pueden utilizarse para difundir información sobre el VIH. Trabajar de esa forma con la comunidad contribuyó a superar obstáculos de acceso a los camioneros y permitió que las mujeres tengan mayor autonomía en lo que respecta a sus relaciones sexuales. Oxfam también informa que como los trabajadores del sexo están más dispuestos a negarse a mantener relaciones sin preservativo, el estigma asociado al VIH disminuyó (Oxfam, 2006). ■

Textos del capítulo y el recuadro: David Patterson, consultor en intervenciones jurídicas y políticas frente al VIH en países en desarrollo.