

Refugiados e impacto de la guerra en el VIH

Aquella tarde, un grupo de apoyo se reunió en una iglesia simple de Rwamagana, ciudad de Ruanda oriental. La mayoría de las voces eran de mujeres que habían venido a compartir sus experiencias de vivir con el VIH. Después de la reunión, una de ellas resumió el parecer de todas: “La infección por VIH que afrontamos ahora es una consecuencia del genocidio.”

Para algunos ruandeses el vínculo entre guerra y VIH es directo. Un número desconocido de supervivientes contrajo el virus debido a las múltiples violaciones brutales



que sufrió durante la guerra. Otros son vulnerables a la infección desde que la guerra hizo pedazos la sociedad y sus familias. Entonces, tuvieron que migrar dentro o fuera de su país y, en ocasiones, recurrir al comercio sexual como medio de supervivencia y protección. Además, independientemente de la forma en que contrajeron el VIH, muchas mujeres del grupo de apoyo de Rwamagana ahora tienen que luchar con problemas similares en la larga sombra de la guerra. Aquellas que perdieron a sus familias en el genocidio no tienen a nadie que les ayude a sobrellevar el diagnóstico.

Ruanda es sólo uno de los muchos países donde la violación masiva, el conflicto armado y el desplazamiento forzado repercuten en la pandemia del VIH en formas múltiples y

complejas. De los países con altas tasas de VIH, casi la mitad también se vio afectada por grandes conflictos armados entre 2002 y 2005, incluidos ocho de los 15 con el mayor número de personas que viven con el VIH; siete de los 15 con el mayor número de menores de 15 años que viven con el VIH y el sida, y seis de los 15 con el mayor número de huérfanos a causa del sida, menores de 17 años (UNICEF).

Muchos conflictos armados trajeron aparejados desplazamientos masivos de civiles. En 2006, el drama de unos 32,9 millones de personas entró en la esfera de las actividades de protección y asistencia del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados – ACNUR (UNHCR “2006 Global Trends,” July 2007 revision). Dado que su mandato abarca solamente un subconjunto del total de refugiados y

desplazados internos, el número exacto de los afectados por los conflictos armados y sus secuelas podría cifrarse en muchos millones más.

Un estudio reciente indica que la duración media de desplazamiento es de 17 años (UNHCR, 2004). Contrariamente a la creencia popular, la mayoría de los refugiados vive en comunidades de acogida, no en campamentos, lo que implica que su exposición al VIH esté íntimamente ligada a aquella de las comunidades que les circundan (UNAIDS/UNHCR, 2007).

Los conflictos armados suelen interrumpir los sistemas de educación y los programas sociales privando a niños y adultos de la posibilidad de instruirse acerca del VIH, lo que expone a las poblaciones a riesgo cuando huyen de zonas con bajas tasas de prevalencia del VIH o cuando una vez terminados dichos conflictos, zonas que estaban aisladas vuelven a abrirse al comercio y el contacto con personas de otras partes. Los conflictos armados también ponen en peligro a las poblaciones que interactúan con los efectivos de las fuerzas militares, incluidas las de mantenimiento de la paz, en cuyo caso las tasas de prevalencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS) pueden ser varias veces más altas que aquellas de la población general.

Los servicios de salud públicos y privados también se resienten en épocas de guerra por la interrupción de la habitual cadena de aprovisionamiento de medicamentos y equipos médicos. Asimismo, resulta mucho más difícil garantizar la esterilidad de los equipos y un suministro de sangre sin agentes infecciosos como el VIH. Todos esos factores implican que cuando la población afectada por un conflicto armado necesita más que nunca servicios de atención de salud seguros y completos, por lo general, tenga dificultades para acceder a ellos.

El VIH se propagó con ferocidad por el mundo durante muchos años antes que se desplegaran serios esfuerzos internacionales para abordar la pandemia en situaciones emergentes de conflictos armados y refugiados. Inicialmente, se consideraba que no era apropiado abordar el VIH y el sida en la intervención inmediata frente a conflictos armados y otras emergencias. La conciencia despertó a mediados de la década de 1990. Los organismos de ayuda crearon un Paquete Mínimo Inicial de Servicios (PMIS) para uso de los trabajadores de la ayuda en emergencias graves antes que se empiecen a prestar servicios completos. Las directrices incluyen la distribución y el uso de botiquines para partos sin riesgo, la gestión de las consecuencias de la violación, medios de contracepción –incluidos preservativos a libre disposición– y esfuerzos para garantizar que los equipos médicos y la sangre para transfusiones no contengan agentes infecciosos.

En la Carta Humanitaria y las Normas Mínimas de Respuesta Humanitaria en Casos de Desastre del Proyecto Esfera se detallan las medidas que los colaboradores del

quehacer humanitario pueden tomar para garantizar que se suplan las necesidades mínimas de agua, saneamiento, alimentos, nutrición, refugio y atención de las poblaciones afectadas por desastres. El Proyecto Esfera incorporó el PMIS como una de sus normas y, desde la edición de 2004, su manual incluye el VIH y el sida como cuestión transversal. También considera que quienes viven con el VIH y el sida son un grupo vulnerable que requiere una sensibilidad y atención particulares en situaciones de emergencia. Además, la norma Esfera sobre enfermedades crónicas debería aplicarse en aquellos contextos con altas tasas de prevalencia del VIH y el sida.

Según el ACNUR, las intervenciones multisectoriales, mínimas y esenciales en lo que respecta al VIH y el sida deberían llevarse a cabo en las primeras etapas de una crisis para luego iniciar programas completos de prevención, atención y tratamiento integrados en los programas nacionales. Al evitar que haya servicios paralelos y desiguales, la integración reduce los costos y desigualdades que pueden avivar tensiones y conflictos entre la comunidad de refugiados y la comunidad de acogida.

A medida que las organizaciones humanitarias van aumentando la prestación del TAR y otros servicios relacionados con el VIH deben levantar retos en cada fase del ciclo de un conflicto armado: de la violencia al desplazamiento y del asilo al regreso.

Los conflictos armados, por lo general, amplifican los retos habituales que plantea la labor relativa al VIH en países de bajos ingresos. La escasez de trabajadores de la salud y las barreras de acceso son comunes y cualquier infraestructura médica que esté presente debe ocuparse de muchos problemas de salud concurrentes. El aislamiento y la inseguridad complican la distribución de los suministros y equipos necesarios. Las necesidades concurrentes de supervivencia, las experiencias de violencia, el trauma personal y la muerte de figuras de apoyo fundamentales pueden mermar la voluntad de los pacientes de procurarse servicios de atención médica o apoyo para seguir el tratamiento necesario.

Llegar a los refugiados es más difícil cuando viven en zonas urbanas que cuando están alojados en campamentos. Puede suceder que ellos no sepan que tienen derecho a la atención de salud, que tengan miedo de pedirla y que, en muchos casos, se les nieguen servicios injustamente. No hablar el idioma del país de asilo y las diferencias culturales también pueden dificultar el acceso a la atención de salud.

Algunos expertos estiman que la comunidad humanitaria está muy poco preparada para intervenir frente a conflictos y emergencias en zonas con altas tasas de prevalencia del VIH y acceso al tratamiento. La violencia que estalló en Kenia tras la impugnación de las elecciones presidenciales de diciembre de 2007 puso esos temores a prueba. Personal de Médicos Sin Fronteras y la Cruz Roja Keniana recorrió los campamentos de desplazados internos para localizar a los pacientes en TAR y el Ministerio de Salud puso a disposición y publicó una línea directa de ayuda. Aun así, se perdió el

seguimiento de algunos pacientes de clínicas debido a que personas desplazadas decidieron por cuenta propia trasladarse a zonas rurales, o fueron obligadas a hacerlo, donde era difícil llegar a las poblaciones de acogida y los residentes con sida de los campamentos informaron de la dificultad de acceso a servicios auxiliares incluida una nutrición adecuada.

Es obvio que se debe trabajar más para prepararse e intervenir frente a la pandemia del VIH en situaciones de emergencia. Impedir que el VIH desaparezca de los programas de las organizaciones humanitarias que intervienen siempre es un reto cuando existen tantas otras prioridades urgentes.

También hubo algunos retrocesos. En el ámbito de la reforma de la ONU, la estructura de la intervención humanitaria cambió y los trabajadores de varios sectores, incluido el de la salud, actualmente coordinan en el marco del denominado “sistema de grupo”. Los defensores tuvieron que trabajar duro para que la salud reproductiva siguiera estando en primera línea de las intervenciones frente a emergencias humanitarias complejas.

Ciertamente, los retos y riesgos relacionados con el VIH en situaciones de conflicto armado y desplazamiento son grandes pero también ofrecen oportunidades de mejorar la atención de salud y proteger a la población. Un conflicto armado puede llevar a los organismos humanitarios hasta lugares apartados y de bajos ingresos donde los servicios de salud eran precarios antes del conflicto en cuestión. De ahí que la presencia de dichos organismos y sus recursos financieros, técnicos y logísticos, ya sea durante o después del conflicto armado, ofrezcan la posibilidad de prestar a la población servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH que antes no existían o eran demasiado costosos para la mayoría y, en particular, para los grupos marginados.

La prestación de servicios relacionados con el VIH puede ser más fácil en los campamentos de refugiados ya que la población está bien definida y no hay dificultades de acceso. De hecho, algunas investigaciones indican que los refugiados que regresan a su casa, una vez terminado el conflicto armado, al haber conocido programas de prevención del VIH, a veces, saben más acerca del VIH y adoptan comportamientos menos riesgosos que quienes no fueron desplazados (Spiegel P., Nankoe A. 2004).

En conclusión, las relaciones entre VIH, conflicto armado y desplazamiento son complejas y contextualizadas.

Por lo tanto:

- 1) es importante establecer un orden de prioridades en cuanto a la prevención básica del VIH y las consiguientes intervenciones desde los primeros días de una crisis

para luego orientarse a un paquete completo e integral de servicios de prevención, atención y tratamiento para los refugiados, los desplazados internos y las poblaciones de acogida;

- 2) las intervenciones completas en relación con el VIH destinadas a los refugiados y a las poblaciones afectadas por conflictos armados son similares a aquellas de otros contextos y hay que atender particularmente a la reducción de la vulnerabilidad (incluida la seguridad alimentaria), la prestación de servicios apropiados desde el punto de vista del idioma y la cultura, y apoyar a los soldados desmovilizados y los supervivientes que fueron víctimas de violencia sexual y de género; las actividades de prevención deberán centrarse en: modificar comportamientos riesgosos; facilitar la disponibilidad de preservativos; condenar la violencia de género (y prever servicios de atención de salud para sus víctimas); garantizar la inocuidad de equipos y suministros médicos, así como de las transfusiones de sangre y asegurar que se disponga de servicios de profilaxis postexposición al VIH, asesoramiento sobre el VIH y exámenes de detección, prevención de la transmisión de madre a hijo y gestión de las ITS;
- 3) lo ideal sería que la atención y el tratamiento del VIH, así como el apoyo necesario, fueran tan completos como continuos y abarcaran no sólo el TAR sino también la profilaxis y el tratamiento de infecciones oportunistas; el apoyo psicosocial nutricional y económico que haga falta (incluso a huérfanos y otros niños vulnerables) y cuidados paliativos;
- 4) obtener resultados sostenibles exige que los organismos lleven a cabo actividades de capacitación tales como captar e instruir a profesionales de la atención de salud, en la medida de lo posible de la propia comunidad afectada, y refuercen la infraestructura física, las cadenas de abastecimiento y los servicios de laboratorio.

Administración del TAR y servicios de salud a personas seropositivas durante la situación de emergencia en Kenya

El 27 de diciembre de 2007, las reñidas elecciones presidenciales desencadenaron una explosión de frustración y violencia en Kenya; violencia que rápidamente degeneró en enfrentamientos y derramamientos de sangre entre grupos étnicos que, según estimaciones, se saldaron con casi 1.000 muertos y 300.000 desplazados.

Se estimaba que en 2006, la tasa nacional de prevalencia del VIH había disminuido a 5,1 (4.6 – 5.8) cuando a finales de la década ascendía al 10 por ciento. El Gobierno de Kenya estima que en 2006 hubo entre 55.000 y 100.000 nuevos casos de infección por el VIH, lo que indica la disminución significativa de las estimaciones anteriores. Además, el gobierno estimó que según los resultados de los programas de tratamiento antirretroviral (TAR) se habían evitado 35.000 muertes. Existe el riesgo de que el desplazamiento causado por la violencia poselectoral menoscabe esos logros.

En el momento de la violencia, el Ministerio de Salud estimó que de los 15.000 desplazados seropositivos, 6.750 necesitaban TAR y 2.550 se beneficiaban de este último cuando estaban en sus comunidades.

Dicho ministerio no tardó en dar directrices a los trabajadores de la salud acerca de la gestión clínica de interrupciones del TAR.

En todo el país, las ONG idearon nuevos medios de dar con el paradero de los pacientes. Médicos Sin Fronteras, la organización

internacional y humanitaria de ayuda médica, instaló una línea directa y gratuita.

La Cruz Roja Keniana y CARE Internacional se ocuparon de suplir las necesidades de esas y otras personas desplazadas distribuyendo alimentos, asegurando el suministro de agua y las instalaciones sanitarias en los campamentos, así como la distribución de otros artículos, entre ellos, mosquiteros.

ONUSIDA, la Cruz Roja Keniana, la OMS y otras instituciones subrayaron la importancia de proceder a una evaluación y determinación rápidas de la magnitud del problema en términos de interrupción del tratamiento y a tales efectos:

- elaborar un plan de contingencia para la gestión de la continuidad e interrupción del tratamiento en el caso de aquellos en TAR;
- garantizar la disponibilidad de exámenes de detección y profilaxis postexposición en todas las zonas junto con el necesario apoyo psicosocial;
- preparar material de información completa sobre el VIH (que incluyera preservativos y orientación sobre el manejo de la interrupción de TAR) a utilizar en todos los esfuerzos de intervención y, en particular, tratándose de personas desplazadas;
- garantizar cestas de alimentos apropiados y medios de protección de elementos climáticos para socorrer a los enfermos crónicos;
- tratar las infecciones oportunistas (principalmente la tuberculosis) y las infecciones de transmisión sexual. ■

Texto del capítulo: Dr. Sheri Fink que informa sobre asuntos de salud pública en el plano internacional en publicaciones y medios de difusión. Texto del recuadro: Pat McLaughlin, Director de Gestión Técnica, Cruz Roja Americana.