

VIH, sida y desastres naturales

Cuando sobrevienen desastres naturales, las personas seropositivas sufren los mismos impactos negativos que el resto pero determinados problemas les afectan aún más o en forma particularmente grave. Todo el mundo se ve afectado por la interrupción del suministro de medicamentos pero para quienes siguen un tratamiento antirretroviral toda interrupción conlleva la posibilidad de desarrollar una resistencia a los medicamentos. La escasez de alimentos es dura para todo el mundo pero en el caso de algunas personas que viven con el VIH, la desnutrición puede acelerar la progresión de la infección.



La interrupción del suministro de agua también supone un enorme problema por varios motivos para alguien con VIH avanzado. El uso de agua potable en la preparación de la comida es esencial no sólo para reducir al mínimo el riesgo de infecciones intestinales a las cuales las personas que viven con el VIH son particularmente vulnerable sino también para que los alimentos sean más fáciles de ingerir en el caso de aquellas que sufren de aftas y úlceras bucales. Dado que las personas seropositivas sufren frecuentemente de diarrea, necesitan tomar mucha más agua para evitar la deshidratación y tragar los medicamentos. En la atención de casos de sida avanzado, es preciso que la ropa, las camas y los propios pacientes se laven con frecuencia y las cisternas de los inodoros se usen más seguido.

Quienes hablan de sida suelen referirse al potencial de un comportamiento cada vez más riesgoso, la violencia sexual y de género y otros problemas que pueden aumentar la incidencia de la transmisión del VIH en situaciones de desastre pero según resulta, hay poquísimas investigaciones para evaluar el verdadero alcance de ese riesgo (salvo en lo que respecta a la violación en determinados conflictos armados).

Lo cierto es que algunos componentes de la prevención del VIH pueden sufrir retrasos; por ejemplo, el suministro de preservativos puede verse interrumpido, a veces por largos períodos, lo que indudablemente expone a riesgo a quienes mantienen relaciones sexuales sin protección. Asimismo, en actividades de prevención del VIH, tales como el asesoramiento y el examen de detección, las

comunicaciones sobre el cambio de comportamiento suelen suspenderse y se hace hincapié en las intervenciones médicas. Aunque esto último es comprensible e incluso necesario en momentos en que se impone dar prioridad a las necesidades básicas de supervivencia, restablecer dichos servicios lo antes posible reviste singular importancia. Las mujeres seropositivas que dan a luz en situaciones de emergencias corren otros riesgos pues con toda probabilidad no tendrán acceso a intervenciones médicas que reduzcan el riesgo de transmisión del VIH de madre a hijo. Puesto que la mayoría de los debates sobre VIH y desastres se centraron en la población en general, se ha atendido muy poco a los denominados grupos de más alto riesgo – consumidores de drogas por vía intravenosa, presos, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y trabajadores del sexo– cuando sobrevienen desastres en zonas con epidemia concentrada, entendiéndose por tal, una prevalencia del VIH superior a cinco por ciento en un determinado subgrupo de población.

Para una parte de la población mundial, el mayor peligro no reside en desastres climáticos o geológicos de corta duración sino en “desastres de gestación lenta” en los cuales un fenómeno natural interactúa con el crecimiento de la población, sistemas de producción insostenibles y prácticas de desarrollo mal orientadas (aunque todo ello pueda contribuir a tales desastres naturales y amplificarlos). En gran medida, las poblaciones rurales son las más vulnerables aun cuando el deterioro del medio ambiente pueda tener consecuencias igualmente desastrosas para las poblaciones urbanas y periurbanas. También en este caso, una parte de las poblaciones más vulnerable a estos factores vive en países del África subsahariana, América Latina y el Caribe aquejados por epidemias generalizadas de VIH. Muchos desastres naturales sobrevienen en regiones donde las tasas de prevalencia del VIH son relativamente bajas en la población general. Citemos el ejemplo del tsunami del 26 de diciembre de 2004 que tuvo un impacto devastador en varios países asiáticos. Más de 232.000 personas murieron o desaparecieron, millones más se quedaron sin techo y las economías nacionales se vieron gravemente afectadas. A la vez, se movilizó una ola gigantesca de asistencia humanitaria y ciudadanos de los países industrializados donaron sumas sin precedentes en efectivo y sin asignación precisa.

De los países afectados por el tsunami, Tailandia es el único aquejado por una epidemia generalizada (tasa de prevalencia del 1,4 por ciento en adultos) y dispone de servicios de prevención y tratamiento bien organizados para personas que viven con el VIH. En algunos de los demás países hay epidemias concentradas en determinados subgrupos de población. Ahora bien, en la mayoría de las zonas embestidas por el tsunami, las tasas de prevalencia del VIH eran bajas y los esfuerzos de socorro se centraron en otras prioridades. Por ejemplo, en la isla de Sumatra, Indonesia, que fue duramente castigada, los esfuerzos relacionados con el VIH inicialmente se limitaron a promover una aplicación coherente de las precauciones universales en las instalaciones de salud. Conscientes del riesgo de que el VIH llegara a la zona con

participantes externos en la intervención, se organizaron talleres de formación para unos 45.000 efectivos del personal uniformado que prestaba asistencia humanitaria (UNAIDS, 2006).

En las semanas y los meses siguientes se restablecieron los servicios de salud en las zonas costeras de los países afectados. Además, el desastre dio lugar a una actividad considerable para reforzar los sistemas de emergencia de la región (Morgan et al., 2006). Uno de los proyectos en la materia fue un esfuerzo conjunto de la Red de Personas que Viven con el VIH de Asia y al Pacífico y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja que utilizaron una encuesta entre pares para investigar acerca de los impactos inmediatos y a largo plazo en personas seropositivas de la India, Indonesia, Sri Lanka y Tailandia. Al personal del proyecto le resultó bastante difícil encontrar a quien entrevistar puesto que la población seropositiva es relativamente “invisible” en muchos países y que en todas partes no hay organizaciones locales de personas que viven con el VIH.

Un dato interesante que dimana de dicho estudio es que la afluencia de servicios médicos y de personas en busca de asistencia médica, inmediatamente después del desastre redundó en un aumento de quienes conocieron su seropositividad. En el informe se hacen varias recomendaciones empezando por la necesidad de contar con una mayor participación de organizaciones representativas de personas que viven con el VIH en la planificación durante emergencias y con más servicios de apoyo entre pares, ya sea en situaciones de desastre o en la vida cotidiana.

El examen de informes de agencias y periodistas sugiere que cuando sobrevienen desastres naturales hay un número creciente de intervenciones pragmáticas y bien orientadas para suplir las necesidades de quienes viven con el VIH. Algunas son fruto de la cooperación entre servicios de salud estatales, donantes internacionales y ONG. Por ejemplo, poco después del violento terremoto que sacudió Perú en agosto de 2007, el Ministerio de Salud mandó dos equipos médicos a las zonas afectadas con la misión de verificar las condiciones de salud de las personas seropositivas y de aquellas que viven con la tuberculosis resistente a múltiples fármacos, y de ir al encuentro de trabajadores del sexo. Dichos equipos llevaban preservativos y medicamentos antirretrovirales para paliar una eventual escasez. La iniciativa contó con el apoyo del Fondo Mundial por conducto de CARE Perú, cuyo coordinador nacional comentó que el objetivo primordial era contribuir a asegurar que los pacientes siguieran tomando los medicamentos antirretrovirales para que los microorganismos no se volvieran resistentes al punto que dichos medicamentos perdieran su valor terapéutico (CARE, 2007).

Por lo que atañe a la programación relativa al VIH, es un tópico decir que el apoyo y el liderazgo políticos son cruciales para que las intervenciones den resultado, lo que según resulta, también es cierto en lo que se refiere a los esfuerzos para que el VIH

ocupe un lugar destacado en la lista de prioridades durante las intervenciones en casos de desastre y garantizar que éstas sean verdaderamente multisectoriales. Un buen ejemplo de liderazgo y enfoques multisectoriales es el de Mozambique tras la embestida del ciclón Flavio que devastó varias provincias a fines de febrero de 2007 y las ulteriores inundaciones graves. El 5 de abril, el Consejo Nacional del Sida convocó una reunión de alto nivel en Chimoio, capital de la provincia de Manica, sobre el tema “VIH/SIDA y desastre: una doble emergencia”. En esa reunión, presidida por el Primer Ministro y en la cual participaron varios ministros, altos mandos del servicio civil, gobernadores provinciales y representantes de municipios, se puso en marcha el programa de emergencia para apoyar proyectos sobre VIH/SIDA en zonas afectadas por el ciclón y las inundaciones. Además, los gobernadores firmaron una declaración conjunta sobre cinco esferas de acción prioritarias, a saber: coordinación; atención y tratamiento a domicilio; nutrición para quienes viven con el VIH y el sida; protección de niños y prevención para niños y jóvenes.

Huelga decir que la preparación en previsión de desastres naturales es crucial tanto para que las intervenciones en casos de emergencia sean más efectivas como para reforzar la resiliencia de la población frente a los desastres naturales. Al respecto, tal como se señala en el Marco de Hyogo y otras directrices internacionales, es preciso llevar a cabo diversas actividades.

Un elemento importante de la preparación en previsión de desastres en zonas con altas tasas de prevalencia del VIH consiste en adoptar enfoques integrales que combinen proyectos de desarrollo habituales, planificación en caso de emergencia y prevención del VIH.

En aquellas zonas donde desastres de gestación lenta o carestías crónicas coinciden con altas tasas de prevalencia del VIH, una amplia orientación de desarrollo nutre actualmente la mayoría de las directrices en materia de asistencia humanitaria.

Globalmente, los mejores enfoques sobre el VIH en el contexto de desastres han de ser coherentes con las directrices relativas a todo tipo de desastres. Se deben planificar mejores intervenciones frente a emergencias teniendo en cuenta la situación epidemiológica de la zona expuesta a desastres y reforzando la capacidad de las instituciones existentes de resistir a los mismos y restablecer lo antes posible los servicios de salud que tanto se necesitan. Asimismo, han de tenerse en cuenta los aspectos relacionados con el desarrollo de las intervenciones relativas al VIH, sobre todo en zonas de riesgo crónico, abordando aquellos factores de la epidemia que contribuyen al debilitamiento de las sociedades y las economías socavando su capacidad de intervenir frente a los desastres. Tal como dijera Paul Harvey, el VIH/SIDA es una crisis a largo plazo. La ayuda humanitaria puede hacer lo suyo pero los organismos deberían reconocer que eso forma parte de una intervención más amplia y tener claro lo que se puede lograr y lo que no (Harvey, 2004).

Encuentro de líderes religiosos y personas que viven con el VIH

En 2007, Socorro Islámico, organización de socorro y desarrollo que trabaja en más de 25 países, organizó en Johannesburgo, Sudáfrica, consultas sobre Islam y VIH/SIDA debido a la ausencia de organizaciones musulmanas en el discurso internacional sobre el VIH y, sobre todo, en la esfera del socorro en casos de desastre. Socorro Islámico se percató que la ausencia de musulmanes en la labor relacionada con el VIH era un reto que debía abordarse sin demora.

Los cinco días de consultas congregaron expertos de más de 50 países, entre ellos, eruditos, personas que viven con el VIH, profesionales del VIH y médicos musulmanes que intercambiaron experiencias.

En dichas consultas se constató que las respuestas solían ser demasiado simplistas para abordar el problema efectivamente, sobre todo, en el contexto de desastres naturales. Uno de los eruditos participantes dio este ejemplo: "Tratamos el tema de los niños que perdieron sus padres en un desastre y que son vulnerables a la falta de un hogar y al VIH. La proverbial respuesta islámica según la cual los huérfanos deben ser criados por sus familiares cercanos no basta porque en muchos casos resultó y resulta prácticamente imposible.

Muchos niños que perdieron a sus padres en un desastre, al no disponer de ninguna

estructura de apoyo son vulnerables al abuso sexual y también pueden recurrir al sexo comercial a cambio de comida o refugio para sobrevivir. Los mensajes morales significan muy poco para los niños que viven esas circunstancias. Entonces, ¿qué podemos hacer? No cesaremos de hablar acerca de docenas de cuestiones como ésta hasta que consideremos haber encontrado un medio significativo de salir adelante."

El objetivo de las consultas sobre Islam y VIH/SIDA era abordar problemas difíciles y a menudo controvertidos. Se trataron temas como trabajo sexual, consumidores de drogas por vía intravenosa, métodos de prevención en el contexto de guerras, desastres naturales y otras causas de desintegración social, y también se mantuvieron debates sobre asuntos como la obligatoriedad del examen de detección, los derechos de herencia y la atención de niños vulnerables.

Uno de los resultados fundamentales fue que los musulmanes seropositivos que participaron en las consultas crearon una red mundial de personas que viven con el VIH cuyos miembros se apoyan mutuamente y bregan por lograr que en el mundo musulmán, el VIH ocupe un lugar más destacado en las agendas políticas y los programas de acción. ■

Texto del capítulo: Andrew Wilson, escritor y editor independiente, especializado en cuestiones de salud pública. Texto del recuadro: Willem van Eekelen, Jefe de la Unidad de Política e Investigación de Socorro Islámico Mundial.