

# GUÍA DEL CAPACITADOR

Intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en contextos de emergencia



# GUÍA DEL CAPACITADOR

Intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en contextos de emergencia



## Agradecimientos

El Grupo de Trabajo sobre el VIH/SIDA en Contextos de Emergencia del Comité Permanente Interorganismos (Grupo de Trabajo del IASC) desea agradecer a todas las personas que han colaborado en el desarrollo de estas *Directrices*. Han brindado generosamente su tiempo y su experiencia. Expresamos nuestro especial agradecimiento a los miembros del Grupo de Trabajo del IASC que han participado en forma activa y han trabajado arduamente para el desarrollo de estas *Directrices*. También reconocemos nuestra gratitud por el apoyo recibido de parte de colegas de diferentes organismos y todas las organizaciones no gubernamentales que participaron en la revisión continua del documento. Para obtener más información sobre el IASC, ingrese al sitio web [www.humanitarianinfo.org/iasc](http://www.humanitarianinfo.org/iasc)

---

La elaboración de estas *Directrices* fue posible gracias a los aportes de los siguientes organismos:

La Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO)  
El Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR)  
El Consejo Internacional de Organismos Voluntarios (CIOV)  
La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja (FICR)  
La Organización Internacional para las Migraciones (OIM)  
Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)  
Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)  
Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR)  
Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH)  
Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA)  
Programa Mundial de Alimentos (PMA)  
Organización Mundial de la Salud (OMS)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)  
La Alianza Cívico-Militar (ACM)  
El Centro Internacional para las Migraciones y la Salud (CIMS)

---

El Comité Permanente Interorganismos (IASC) se creó en 1992 en respuesta a la Resolución 46/182 de la Asamblea General, en la que se instaba a una coordinación fortalecida de la ayuda humanitaria. La resolución creaba el IASC como mecanismo principal para facilitar la toma de decisiones interorganismos destinada a hacer frente a emergencias complejas y desastres naturales. El IASC está compuesto por representantes de un amplio espectro de asociados en la ayuda humanitaria, tanto de las Naciones Unidas o ajenos a ella, que incluyen ONG y organizaciones internacionales como el Banco Mundial y el Movimiento de la Cruz Roja.<sup>1</sup>

Estas *Directrices* se han de probar en la práctica. Se invita a sus usuarios a enviar comentarios al Grupo de Trabajo.

## Prefacio

El Comité Permanente Interorganismos (IASC) publica las *Directrices para las intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en contextos de emergencia* con el fin de ayudar a personas y organizaciones en sus esfuerzos destinados a atender las necesidades especiales de personas infectadas y afectadas por el VIH que viven en situaciones de emergencia. Las *Directrices* se basan en las experiencias de organizaciones del sistema de las Naciones Unidas y las ONG asociadas y reflejan la visión compartida de que el éxito puede alcanzarse cuando se combinan recursos y cuando todas las partes involucradas trabajan mancomunadamente.

Es difícil comprender el grado de devastación que engendra el VIH/SIDA en sociedades estables. Resulta aún más difícil medir el impacto de la pandemia en las personas desarraigadas por conflictos y desastres. En enero de 2003, la IASC emitió una declaración en la que se comprometía a “redoblar nuestras respuestas individuales y conjuntas como organismo para promover un enfoque integral y multifacético a esta crisis sin precedentes” mientras enfrentaba el impacto del VIH/SIDA en la seguridad alimentaria y la supervivencia humana, según lo evidenciado en África austral.

En los meses que siguieron, el IASC emprendió la tarea de desarrollar un manual práctico que pudiera ponerse en práctica de inmediato para beneficio de aquellos que más necesiten nuestro compromiso y apoyo. Confiamos en que estas *Directrices* cumplirán ese propósito.



Jan Egeland  
Coordinador de Ayuda para Emergencias  
y Subsecretario General para Asuntos Humanitarios

---

<b>Agradecimientos</b>	<b>2</b>
<b>Prefacio</b>	<b>3</b>
<b>Lista de acrónimos</b>	<b>5</b>
<b>Capítulo 1: Introducción</b>	<b>6</b>
El fundamento de una intervención específica para el VIH/SIDA en emergencias complejas: VIH/SIDA y crisis	
Objetivo de las directrices	
Público destinatario	
Descripción de capítulos, sectores y el Modelo	
Uso del CD-ROM complementario	
<b>Capítulo 2: El contexto: el abordaje del VIH/SIDA en situaciones de emergencia</b>	<b>9</b>
Riesgo de transmisión en contextos de emergencia	
Personas que ya viven con el VIH/SIDA en emergencias	
¿Qué quiere decir una emergencia?	
¿Qué debe hacerse por el VIH/SIDA en emergencias? Preparación y respuesta frente a emergencias	
Vínculo con una respuesta integral	
Grupos en riesgo: mujeres, niños, poblaciones móviles, los pobres de zonas rurales	
<b>Capítulo 3: El Modelo</b>	<b>15</b>
Principios	
<b>Capítulo 4: Las Directrices</b>	<b>20</b>
Hoja de acción 1.1: Establecer mecanismos de coordinación	20
Hoja de acción 2.1: Evaluar datos de referencia	24
Hoja de acción 2.2: Establecer y administrar una base de datos compartida	28
Hoja de acción 2.3: Vigilar las actividades	30
Hoja de acción 3.1: Prevenir y responder a la violencia y la explotación sexuales	32
Hoja de acción 3.2: Proteger a los niños huérfanos y separados de sus padres	36
Hoja de acción 3.3: Asegurar el acceso a preservativos para las fuerzas de mantenimiento de la paz, militares y personal de organizaciones humanitarias	38
Hoja de acción 4.1: Tomar en consideración el VIH en la planificación del saneamiento/suministro de agua	42
Hoja de acción 5.1: Destinar ayuda alimentaria a hogares y comunidades afectados	44
Hoja de acción 5.2: Planificar las necesidades nutricionales y alimentarias para poblaciones con alta prevalencia del VIH	46
Hoja de acción 5.3: Promover atención y prácticas de alimentación apropiadas para PVVS	50
Hoja de acción 5.4: Apoyar y proteger la seguridad alimentaria de hogares y comunidades afectados por el VIH/SIDA y en riesgo de contraerlo	52
Hoja de acción 5.5: Distribuir ayuda alimentaria a hogares y comunidades afectados	54
Hoja de acción 6.1: Establecer emplazamientos diseñados en forma segura	58
Hoja de acción 7.1: Asegurar el acceso a atención básica de la salud para los más vulnerables	60
Hoja de acción 7.2: Precauciones universales	64
Hoja de acción 7.3: Proporcionar preservativos y establecer suministros de preservativos	68
Hoja de acción 7.4: Establecer tratamiento sintomático de ITS	72
Hoja de acción 7.5: Asegurar la atención adecuada para CDI	76
Hoja de acción 7.6: Manejar las consecuencias de la violencia sexual	80
Hoja de acción 7.7: Asegurar partos seguros	84
Hoja de acción 7.8: Asegurar servicios de transfusión sanguínea segura	88
Hoja de acción 8.1: Asegurar el acceso a la educación para los niños	92
Hoja de acción 9.1: Brindar información sobre la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA	94
Hoja de acción 10.1: Prevenir la discriminación por el estado serológico en relación con el VIH en la gestión de personal	98
Hoja de acción 10.2: Proporcionar profilaxis posexposición (PPE) para personal de organizaciones humanitarias	100
<b>Apostillas</b>	<b>103</b>

## Lista de acrónimos

SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
ARV	Antirretrovíricos
CCC	Comunicación para el cambio de comportamiento
CAP	Proceso de llamamiento unificado
OBC	Organización de base comunitaria
TBN	Tasa bruta de natalidad
CHAP	Plan común de acción humanitaria
CSO	Oficinas de apoyo a los países
PAI	Programa ampliado de inmunización
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
HH	Hogares
PDI	Personas desplazadas internamente
CDI	Consumidores de drogas intravenosas
IEC	Información, educación y comunicación
SMI	Salud maternoinfantil
CMSI	Conjunto mínimo de servicios iniciales
MS	Ministerio de Salud
ONG	Organización no gubernamental
PPE	Profilaxis posexposición
APP	Asociaciones de padres y profesores
PVVS	Personas que viven con el VIH/SIDA
SR	Salud reproductiva
VSG	Violencia sexual y de género
ITS	Infecciones de transmisión sexual
TB	Tuberculosis
APV	Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH

## Capítulo 1: Introducción

Durante las dos últimas décadas y con una frecuencia cada vez mayor en todo el mundo, se han producido emergencias complejas originadas por conflictos y desastres naturales. Al finalizar 2001, más de 70 países diferentes experimentaron una situación de emergencia, lo que se tradujo en más de 50 millones de personas afectadas a escala mundial. Lamentablemente, las características que definen una emergencia compleja –conflicto, inestabilidad social, pobreza e ineficacia– favorecen asimismo la rápida propagación del VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual.

### El fundamento de una intervención específica para el VIH/SIDA en crisis

Al término de 2002, había 42 millones de personas en todo el mundo que vivían con VIH/SIDA. Las consecuencias a largo plazo del VIH/SIDA a menudo son más devastadoras que los mismos conflictos: la mortalidad a causa del VIH/SIDA cada año supera invariablemente la mortalidad originada por los conflictos. La mayoría de las personas ya vive en condiciones precarias y no cuenta con acceso suficiente a los servicios básicos sociales y sanitarios.

Durante una crisis, los efectos de la pobreza, la ineficacia y la inestabilidad social se intensifican y, por ende, aumenta la vulnerabilidad de las personas al VIH/SIDA. A medida que la emergencia y la epidemia avanzan en forma simultánea, se produce la fragmentación de familias y comunidades, lo cual pone en peligro las relaciones estables. Con frecuencia, las normas sociales que regulan el comportamiento se debilitan. En tales circunstancias, mujeres y niños se enfrentan a un mayor riesgo de violencia y pueden verse obligados a tener relaciones sexuales para satisfacer necesidades básicas como comida, agua o incluso seguridad. El desplazamiento probablemente lleve a que distintas poblaciones, cada una con diferentes

niveles de prevalencia del SIDA, entren en contacto. Esto es especialmente cierto en el caso de poblaciones que migran a zonas urbanas escapando de conflictos o desastres en las zonas rurales.

En consecuencia, es posible que la infraestructura de salud resulte grandemente exigida; los insumos insuficientes quizás obstaculicen los esfuerzos de prevención del VIH/SIDA. Durante la fase aguda de una emergencia, esta ausencia o insuficiencia de los servicios facilita la transmisión del VIH/SIDA a través de la falta de precauciones universales y la falta de disponibilidad de preservativos. En situaciones de guerra, existen datos que indican un aumento en el riesgo de transmisión del VIH/SIDA a través de transfusión de sangre contaminada.

La presencia de fuerzas militares, agentes de mantenimiento de la paz u otros grupos armados es otro factor que contribuye a un aumento en la transmisión del VIH/SIDA. Es necesario integrar a estos grupos en todas las actividades de prevención del VIH.

Las recientes crisis humanitarias revelan una compleja interacción entre la epidemia del VIH/SIDA, la inseguridad alimentaria y un gobierno debilitado. El juego entre estas fuerzas debe tenerse en cuenta a la hora de responder a las emergencias.

Resulta imperioso incorporar la respuesta al VIH/SIDA en la respuesta general frente a las emergencias. Si no se abordan, los efectos del VIH/SIDA persistirán y se prolongarán más allá del episodio de crisis en sí, e influirán en el resultado de la respuesta y perfilarán las perspectivas futuras para rehabilitación y recuperación. Es cada vez mayor la certeza de que, a menos que la respuesta al VIH/SIDA integre una respuesta más amplia, todos los esfuerzos destinados a resolver una crisis humanitaria importante en zonas de alta prevalencia serán insuficientes.

## Objetivo de las directrices

El propósito de estas directrices es permitir a los gobiernos y organismos colaboradores, entre ellos, organismos de las Naciones Unidas y ONG, ofrecer la respuesta multisectorial requerida *mínima* al VIH/SIDA durante la fase temprana de las situaciones de emergencia. Estas directrices, que se centran en la fase temprana de una emergencia, no deberían impedir que las organizaciones integren esas actividades en su planificación de la preparación. Por regla general, esta respuesta debería integrarse en planes existentes y es recomendable promover el uso de los recursos locales. Una relación estrecha y positiva con las autoridades locales es fundamental para el éxito de la respuesta y posibilitará el fortalecimiento de la capacidad local para el futuro.

## Público destinatario

Estas directrices están dirigidas a autoridades, personal y organizaciones que operan en contextos de emergencias a nivel internacional, nacional y local. Se pueden aplicar en cualquier contexto de emergencia, independientemente de si la prevalencia del VIH/SIDA es alta o baja. Por ejemplo, incluso en ámbitos de baja prevalencia, un colapso en la infraestructura sanitaria puede ocasionar una mayor transmisión del VIH/SIDA si los agentes de atención de salud no toman las precauciones universales para las enfermedades hematógenas. Sin lugar a dudas, las directrices deberían aplicarse en contextos de emergencia con alta prevalencia del VIH/SIDA, donde se necesita con urgencia una respuesta integrada a fin de evitar que la epidemia tenga un impacto aún más grande y más devastador.

Si bien en lugares de baja prevalencia no se otorga al VIH/SIDA una prioridad tan alta, esto no significa que el personal encargado de la respuesta a emergencias en lugares de baja prevalencia puedan estar confiados. Incluso en contextos de baja prevalencia, es necesaria la

promoción para generar conciencia acerca de la importancia de integrar las respuestas a las emergencias y la programación de la atención y la prevención relacionadas con el VIH/SIDA. Al menos, los actores clave en cualquier situación de respuesta a emergencias, junto con las autoridades pertinentes y equipos existentes a cargo de la respuesta, deberían establecer mecanismos de coordinación para decidir la respuesta mínima apropiada para su zona geográfica sobre la base de las *Directrices* y la respuesta existente a la enfermedad.

## Descripción de capítulos, sectores y el Modelo

El presente documento consta de cuatro capítulos, y el último de ellos son las *Directrices* mismas. Los Capítulos 1 al 3 brindan información de referencia y orientación. El Capítulo 4, en reconocimiento de que cualquier respuesta ante un desastre ha de ser multisectorial, describe intervenciones específicas organizadas por sector.

Los sectores son:

1. Coordinación
2. Evaluación y vigilancia
3. Protección
4. Agua y saneamiento
5. Seguridad alimentaria y nutrición
6. Planificación de emplazamientos y refugio
7. Salud
8. Educación
9. Comunicación para el cambio de comportamiento (CCC)
10. VIH/SIDA en el lugar de trabajo

Un Modelo, que incorpora estos sectores, presenta un panorama general, breve pero detallado, de las distintas respuestas. Las Hojas de acción, una para cada sector, ofrecen información más exhaustiva.

El Modelo, que se muestra en páginas 16 a 19, está dividido en columnas de acuerdo con las fases específicas de la emergencia: preparación



ante emergencias, respuesta mínima y respuesta integral. Estas Directrices colocan el énfasis en las acciones *mínimas obligatorias* que se necesitan para poder manejar el VIH/SIDA en medio de una emergencia. Cada una de las viñetas en los sectores de la columna de respuesta mínima corresponde a una Hoja de acción que brinda información sobre las actividades mínimas que deben llevarse a cabo para considerar el VIH/SIDA en la respuesta general a la crisis. También muestra la interacción entre los distintos sectores.

### Uso del CD-ROM complementario

Se adjunta un disco CD-ROM complementario en la contratapa interior de este libro. Contiene muchos de los artículos, documentos y materiales de capacitación mencionados en el texto impreso del presente documento. Adicionalmente, el texto entero se reproduce en otros formatos: Adobe Acrobat™, HTML (para usuarios que desean ver el texto dentro de un explorador de Internet) y Microsoft Word. Para los usuarios de PC, al introducir el CD-ROM en un lector de CD-ROM, se iniciará automáticamente en un explorador, como Internet Explorer o Netscape. Desde la página superior, los usuarios pueden desplazarse a materiales citados en el texto, notas al pie y secciones de referencias del texto. También se ofrecen enlaces a organizaciones y otros recursos. El CD-ROM se actualizará todos los años y se incluirán materiales nuevos a medida que estén disponibles.

## Capítulo 2: El contexto: el abordaje del VIH/SIDA en situaciones de emergencia

Si bien por lo general el impacto del VIH/SIDA se encuentra bien documentado y entendido, la atención prestada a la propagación del VIH/SIDA en situaciones de emergencia es considerablemente menor.

Sin embargo, en los últimos tres años, y a partir de la Resolución 1308 del Consejo de Seguridad sobre el VIH/SIDA y las Fuerzas de Mantenimiento de la Paz (2000) y el estudio de Graça Machel sobre el Impacto del Conflicto en los Niños (2000), se ha registrado una intensificación en los esfuerzos dirigidos a describir de qué forma se propaga el VIH en contextos de emergencia. Adicionalmente, varias organizaciones humanitarias han actuado para prevenir nueva transmisión y brindar apoyo para aquellas personas ya afectadas incluso en medio de una emergencia. Poco a poco, se recolectan datos, se aprende de las experiencias y se intercambian prácticas.

A partir de la información disponible hasta el presente, el pensamiento sobre la transmisión del VIH en contextos de emergencia es que:

- El riesgo de transmisión del VIH parece ser bajo en lugares que presentan bajas tasas de prevalencia del VIH en el inicio de una emergencia, y en aquellos donde las poblaciones permanecen aisladas. Este parece ser el caso incluso cuando existen altos niveles de comportamientos de riesgo, como la violación. Ejemplos de este escenario son Sierra Leone y Angola durante los años de conflicto.
- La guerra puede acelerar la transmisión del VIH en lugares donde la violación y la explotación sexuales se superponen con niveles elevados de VIH anteriores al comienzo de una emergencia. Sin embargo, es difícil determinar la causalidad, ya que es casi imposible saber si

los sobrevivientes de una violación contrajeron la infección debido a la violación o ya estaban infectados. Se pueden encontrar ejemplos de esta situación durante el genocidio de Rwanda y, actualmente, en la región oriental de la República Democrática del Congo.

- En zonas afectadas por el desastre natural, el impacto del VIH depende de las tasas existentes de prevalencia del VIH y la capacidad de respuesta del gobierno, organismos internacionales, donantes y la sociedad civil. Entre 2002 y 2003, período en que África austral experimentó una escasez de alimentos, se cree que las personas con VIH, ya más pobres debido a la pérdida del ingreso familiar y el aumento de los gastos médicos incurridos por la persona que vive con SIDA, sufrían de manera desproporcionada cuando se enfrentaban a la falta de comida causada por la escasez regional.

No obstante, es importante recordar que aún resta por hacer una labor considerable para evaluar con exactitud las tasas de prevalencia y la información relacionadas con los comportamientos de riesgo correspondientes al VIH en contextos de emergencia.

### Riesgo de transmisión en contextos de emergencia

Si bien la elaboración de conclusiones definitivas se basa en los escasos datos de prevalencia del VIH disponibles en contextos de emergencia, sí se sabe que muchas de las condiciones que facilitan la propagación del virus son frecuentes en estos entornos.

Algunas de las condiciones son, entre otras,:

- Violación y violencia sexual, incluida la violación usada por las fuerzas combatientes como arma de guerra contra civiles. A menudo, esto se exacerba aún más a raíz de la impunidad por los delitos de violencia y explotación sexual.

- El agudo empobrecimiento que, en muchos casos, no deja a mujeres y niñas otra alternativa más que cambiar sexo por supervivencia
- El desplazamiento en masa que genera la desintegración familiar y la reubicación en atestados campamentos de refugiados y desplazados internos, donde raramente la seguridad está garantizada.
- Sistemas de educación, salud y comunicaciones colapsados que generalmente se usan para programar la lucha contra la transmisión del VIH.
- Acceso limitado a preservativos y al tratamiento para infecciones de transmisión sexual.

### Personas que ya viven con el VIH/SIDA en emergencias

En general, las personas que ya están infectadas por el VIH se encuentran ante un mayor riesgo de sufrir deterioro físico durante una emergencia debido a que:

- Las personas que viven con el VIH/SIDA son más propensas a sufrir enfermedad y muerte como consecuencia del limitado acceso a alimentos, agua potable e higiene adecuada que aquellas personas cuyos sistemas inmunitarios funcionan.
- Los cuidadores pueden ser asesinados o heridos durante una emergencia, dejando atrás a niños que ya están en situación vulnerable a raíz de la infección por el VIH/SIDA o la pérdida de sus padres a causa del SIDA.
- Los sistemas de atención de la salud colapsan (ataques a centros de salud, incapacidad para proveer suministros, huida del personal de salud) y las poblaciones cuentan con limitado acceso a establecimientos de salud debido a que los caminos están bloqueados o minados y los recursos económicos son incluso más restringidos que lo normal.

### ¿Qué quiere decir una emergencia?

Una emergencia es aquella situación que amenaza las vidas y el bienestar de altas cifras de miembros de una población y en la que se

requiere acción extraordinaria para asegurar la supervivencia, atención y protección de los afectados. Las emergencias incluyen crisis naturales, como huracanes, sequías, terremotos e inundaciones, así como situaciones de conflicto armado. Una emergencia compleja es una crisis humanitaria en la que se origina un desmoronamiento significativo de autoridad a raíz de un conflicto interno o externo, lo cual demanda una respuesta internacional que trasciende el mandato de un solo organismo. Emergencias de esta índole poseen un efecto asolador en grandes cantidades de niños y mujeres y exigen una compleja gama de respuestas.

### ¿Qué debe hacerse por el VIH/SIDA en emergencias?

Durante años, las organizaciones humanitarias han pasado por alto al VIH en los casos de emergencia, centrando su atención en medidas destinadas a salvar vidas, como salud, agua, vivienda y comida. No se consideraba al VIH como una amenaza directa para la vida. Recientemente, sin embargo, diversas organizaciones humanitarias se han percatado de la importancia de prevenir la transmisión del VIH en etapas tempranas de una emergencia.

Las *Directrices sobre el VIH/SIDA en Emergencias*, OMS, ONUSIDA, ACNUR 1996 (*Guidelines on HIV/AIDS in Emergencies*), seguidas por el Conjunto mínimo de servicios iniciales (CMSI) sobre salud reproductiva, presentaron los primeros lineamientos para prevenir la transmisión del VIH durante una emergencia. No obstante, la aplicación de estas directrices ha sido muy insuficiente, por lo general debido a prioridades contrapuestas, carencia de fondos, coordinación deficiente por parte de organizaciones humanitarias y la poca importancia otorgada al asunto. Además, estos lineamientos brindaban un abordaje medicalizado al problema y no instaba cumplidamente a una respuesta multisectorial al VIH en situaciones de emergencia.

Desde 2000, se observa una mayor aceptación del VIH como un problema de emergencia en el campo humanitario junto con el entendimiento de que el VIH/SIDA debe encararse mediante una respuesta multisectorial.

Estas *Directrices* presentan tal enfoque multisectorial para la preparación y respuesta al VIH en casos de emergencia. Ofrecen a los coordinadores de ayuda humanitaria orientación sobre las medidas a tomar y explican a las organizaciones ejecutoras cómo hacerlo. Se basan en el conocimiento de que todos los actores humanitarios participantes poseen un grado de responsabilidad, dentro de su mandato, de prevenir y mitigar el VIH y el SIDA. La aplicación eficaz dependerá de la sólida colaboración entre organismos internacionales, autoridades locales y grupos ONG locales que son decisivos para llegar a las poblaciones vulnerables.

### Preparación y respuesta frente a emergencias

La preparación para emergencias se centra en el abordaje de las causas de la emergencia con miras a evitar su repetición o atenuar sus efectos y fortalecer la resistencia, especialmente en hogares y comunidades vulnerables. También se orienta hacia el desarrollo de capacidad local para hacer frente a la crisis (que incluye el posicionamiento previo de elementos de ayuda para acortar el tiempo de la respuesta). Generalmente, estos esfuerzos se asocian a sistemas de advertencia temprana, en particular en zonas propensas a los desastres naturales.

La preparación para desastres incluye la recopilación y el análisis continuos de información relevante y actividades destinadas a estar preparados y reducir los efectos de desastres, como por ejemplo:

- predicción de peligros mediante la identificación y el relevamiento de las amenazas más importantes;

- evaluación de la distribución geográfica de las zonas vulnerables a amenazas estacionales;
- definición de los grupos y comunidades expuestos a un riesgo mayor;
- evaluación de las ventajas y mecanismos para hacer frente a las crisis de que disponen los grupos vulnerables y de su capacidad para responder a una amenaza;
- identificación de las deficiencias en los planes gubernamentales de preparación y sensibilización de los encargados de la formulación de políticas a fin de garantizar el desarrollo de planes que apunten a reducir los efectos del desastre sobre las poblaciones vulnerables.

Los planes de preparación para emergencias se desarrollan con el fin de minimizar los efectos adversos de un desastre y de asegurar que la organización y realización de la respuesta frente a una emergencia sea oportuna, adecuada y suficiente. Tales planes de preparación deberían formar parte de una estrategia de desarrollo a largo plazo y no introducirse como respuesta de último momento para la inminente emergencia. En el caso del VIH/SIDA, esta preparación significa que todos los agentes de ayuda tendrían que haber recibido una capacitación básica, antes de la emergencia, en VIH/SIDA, así como en violencia sexual, problemas de género y no discriminación hacia pacientes con VIH/SIDA y sus cuidadores. También implica el posicionamiento previo de suministros pertinentes y apropiados específicos para el VIH. Éstas son cuestiones interrelacionadas que son relevantes a todos los sectores.

Un plan de preparación para desastres debería implantar determinados elementos a fin de producir una respuesta exitosa:

- una sólida evaluación de las necesidades que permita a los organismos de ayuda determinar en conjunto las actividades y los ámbitos de acción de cada uno, dentro del marco común de un plan integral de acción humanitaria;

- personal debidamente capacitado y herramientas de respuesta frente a emergencias disponibles en forma oportuna;
- herramientas comunes para hacer frente a desastres naturales y emergencias complejas;
- mecanismos de financiación que garanticen el fácil acceso al dinero; y
- una red de gestión de la información disponible para los principales decisores.

### Vínculo con una respuesta integral

Las fases de rehabilitación y recuperación de un ciclo de emergencia permiten una respuesta más integral, basada en la respuesta mínima inicial y en la ampliación del campo de acción y la sostenibilidad.

En el Modelo, que se presenta más abajo, la respuesta integral especifica las actividades que han de emprenderse luego de la fase inicial. La fase de rehabilitación puede prolongarse hasta que la situación causante de la emergencia haya vuelto a la normalidad. Durante la fase de respuesta integral, es importante coordinar las actividades con las autoridades locales y entre los distintos actores que prestan servicios a la población.

Puesto que las presentes Directrices se concentran en abordar las acciones mínimas obligatorias para hacer frente a las cuestiones relacionadas con el VIH/SIDA ante una emergencia, en el presente documento se hace hincapié en intervenciones necesarias y factibles. Sin embargo, las respuestas a una emergencia obviamente no deberían limitarse a las acciones mínimas obligatorias; es necesario emprender acciones más integrales lo antes posible para asegurar una rehabilitación y recuperación adecuada. En zonas de riesgo (“zonas vulnerables crónicas”, zonas propensas a sequías) donde se sabe que las crisis son recurrentes o de comienzo lento, la prevención y preparación para emergencias deben ser prioritarias.

### Grupos en riesgo: mujeres

En casos de emergencias, las mujeres poseen un alto grado de vulnerabilidad al VIH/SIDA. En épocas de enfrentamiento civil, guerra y desplazamiento, las mujeres y los niños están expuestos a un mayor riesgo de abuso y violencia sexual. En situaciones de emergencia aguda en que existan hambre y una grave inseguridad alimentaria, las mujeres y las niñas pueden verse forzadas a mantener relaciones sexuales remuneradas u ocasionales, como estrategia de supervivencia para obtener acceso a alimentos y otras necesidades básicas. Además, el trastorno de las comunidades y familias, particularmente cuando las personas huyen de su tierra, implica el rompimiento de relaciones estables y la disolución de la cohesión social y familiar, lo cual facilita un contexto de nuevas relaciones con comportamiento de alto riesgo.

### Grupos en riesgo: niños

Las emergencias también agravan la vulnerabilidad de los niños afectados por la epidemia del VIH/SIDA, entre ellos, huérfanos, niños infectados por el VIH y niños como jefes de familia. Las personas desplazadas y los niños refugiados se enfrentan a condiciones sociales y de medios de vida completamente nuevas junto con una ostensible vulnerabilidad, circunstancia que facilita la transmisión del VIH e intensifica los efectos del SIDA sobre el bienestar. Las situaciones de emergencia también privan a los niños de oportunidades de estudio, como la de aprender acerca del VIH/SIDA y de salud básica. Los niños en situaciones de conflictos armados y los niños desplazados, migrantes y refugiados son particularmente vulnerables a todas las formas de explotación sexual.

### Grupos en riesgo: poblaciones móviles

Con frecuencia, las emergencias dan por resultado el movimiento o desplazamiento de personas. Las personas desplazadas, los refugiados, los repatriados, el personal militar desmovilizado, incluidos los niños soldados, se encuentran entre los más vulnerables de la sociedad. En su mayoría, están separados de sus familias, cónyuges o parejas. Están expuestos a presiones, restricciones laborales y condiciones de vida únicas. A menudo se los percibe como una amenaza a la integridad cultural o la seguridad laboral de la población huésped, un error de percepción que con frecuencia da lugar a la xenofobia. Se sienten anónimos y tienden a agruparse en las afueras de las ciudades o se albergan en campamentos que debían ser temporales, o bien no tienen ninguna vivienda en absoluto. La vulnerabilidad a la infección por el VIH es mayor cuando las personas viven y trabajan en condiciones de pobreza, exclusión social, soledad y anonimato. Estos factores pueden provocar conductas de riesgo que, de otro modo, no habrían sido exhibidas antes del desplazamiento.

### Grupos en riesgo: los pobres de zonas rurales

Los habitantes del mundo en vías de desarrollo, en especial los pobres de zonas rurales, son altamente vulnerables a los desastres. De hecho, las mayoría de las emergencias afecta a personas pobres de zonas rurales. Las comunidades y familias pobres cuentan con menos medios para protegerse de las consecuencias de los desastres naturales y para afrontarlas. Debido a su pobreza, con frecuencia se ven obligados a vivir en zonas que son propensas a desastres naturales, como corrimientos de tierra o inundaciones. El acceso a servicios básicos de salud por lo general es mínimo o inexistente.

Los desastres climáticos y agrícolas, como las sequías y las infestaciones de plagas a gran escala, golpean con mayor fuerza a las personas pobres y devastan sus fuentes alimentarias y trastocan sus sistemas agrícolas y de sustento. El enfrentamiento civil y la guerra exacerban aún más tanto su pobreza como su vulnerabilidad, lo que genera emergencias agudas en las que los pobres sufren inanición, temor por su supervivencia y, quizás, se vean obligados a huir de sus hogares y tierra. La migración forzada de los pobres rurales hacia las ciudades aumenta el riesgo de contraer el VIH/SIDA, ya que la seroprevalencia en zonas urbanas es más elevada. Además, las poblaciones rurales tienen menos conciencia de los medios de prevención y probablemente carezcan de acceso a ellos.



## Capítulo 3: El Modelo

El Modelo (que se muestra en las páginas 16 a 19 y también en una hoja separada para que pueda pegarse en una pared) brinda orientación sobre acciones fundamentales para responder al VIH/SIDA en caso de emergencias. El Modelo se divide en tres partes: Preparación frente a emergencias, Respuesta mínima y Respuesta integral.

Cada sector programático del cuadro ofrece lineamientos para reaccionar adecuadamente al VIH/SIDA en situaciones de emergencia. Sólo la fase de respuesta mínima se presenta en las Hojas de acción. La evaluación de la situación y capacidad del país o la región ayudará a determinar qué respuestas adicionales al VIH/SIDA deberían iniciarse. En las Hojas de acción de las páginas subsiguientes se incluyen puntos de actuación detallados para cada una de las viñetas del Modelo.

### Principios

- Las actividades relacionadas con el VIH/SIDA deben estar destinadas a reforzar y no a duplicar ni suplantar las labores que ya se estén desempeñando.
- Las intervenciones para el VIH/SIDA en crisis humanitarias deben ser respuestas multisectoriales.
- Establecer mecanismos de coordinación y liderazgo antes de una emergencia y hacer uso de las ventajas diferenciales de cada organización, de manera tal que cada una lidere en su área de idoneidad.
- Los gobiernos nacionales y locales, las instituciones y las poblaciones objetivo deberían participar en la planificación, la ejecución y la distribución de recursos humanos y financieros.

- En los casos en que las entidades que no pertenecen al Estado tengan el control o en aquellos en que el gobierno ya no tenga capacidad de actuar, se pueden emprender actividades en ausencia de políticas o programas nacionales.
- Las actividades asociadas al VIH/SIDA para poblaciones desplazadas deberían atender a las poblaciones huésped en la máxima medida posible.
- Al planificar una intervención, deben considerarse las sensibilidades culturales de los beneficiarios. En lugar de lograr el impacto deseado, los servicios inadecuados tienen más probabilidad de causar reacciones negativas de la comunidad.



Respuesta sectorial	Preparación frente a emergencias
<p><b>1. Coordinación</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar estructuras de coordinación</li> <li>• Identificar y enumerar asociados</li> <li>• Establecer red de especialistas</li> <li>• Recaudar fondos</li> <li>• Preparar planes de contingencia</li> <li>• Incluir el VIH/SIDA en planes de acción humanitaria y capacitar en consecuencia a los agentes de ayuda</li> </ul>
<p><b>2. Evaluación y vigilancia</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llevar a cabo análisis de capacidad y de la situación</li> <li>• Desarrollar indicadores y herramientas</li> <li>• Lograr la participación de las instituciones y los beneficiarios</li> </ul>
<p><b>3. Protección</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiar las leyes y políticas existentes en materia de protección</li> <li>• Promover los derechos humanos y las prácticas óptimas</li> <li>• Velar por que las actividades humanitarias minimicen el riesgo de violencia y explotación sexual y la discriminación relacionada con el VIH</li> <li>• Capacitar a fuerzas uniformadas y agentes de ayuda humanitaria sobre el VIH/SIDA y la violencia sexual</li> <li>• Capacitar al personal en VIH/SIDA, género y no discriminación</li> </ul>
<p><b>4. Agua y saneamiento</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar al personal en VIH/SIDA, violencia sexual, género y no discriminación</li> </ul>
<p><b>5. Seguridad alimentaria y nutrición</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planificación de contingencia/posicionamiento previo de suministros</li> <li>• Capacitar al personal sobre las necesidades especiales de las poblaciones afectadas por el VIH/SIDA</li> <li>• Incluir información sobre cuidados y apoyo nutricionales para PVVS en los programas comunitarios de educación nutricional</li> <li>• Apoyar la seguridad alimentaria de hogares afectados por el VIH/SIDA</li> </ul>

Respuesta mínima (a llevarse a cabo incluso en el medio de una emergencia)	Respuesta integral (Fase de estabilización)
1.1 Establecer un mecanismo de coordinación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continuar la recaudación de fondos</li> <li>• Fortalecer las redes</li> <li>• Mejorar el intercambio de información</li> <li>• Desarrollar capacidad en recursos humanos</li> <li>• Vincular las actividades de emergencia asociadas al VIH con las actividades de desarrollo</li> <li>• Trabajar en colaboración con las autoridades</li> <li>• Ayudar a entidades gubernamentales y no pertenecientes al Estado en la promoción y protección de los derechos humanos</li> </ul>
2.1 Evaluar datos de referencia  2.2 Establecer y administrar una base de datos compartida  2.3 Vigilar las actividades	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener una base de datos</li> <li>• Vigilar y evaluar todos los programas</li> <li>• Evaluar datos sobre prevalencia, conocimiento, actitudes y prácticas y el impacto del VIH/SIDA</li> <li>• Aprender de las evaluaciones</li> </ul>
3.1 Prevenir y responder a la violencia y la explotación sexuales  3.2 Proteger a los niños huérfanos y separados de sus padres  3.3 Asegurar el acceso a preservativos para las fuerzas de mantenimiento de la paz, militares y personal de organizaciones humanitarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la participación de autoridades en la reducción de la discriminación relacionada con el VIH</li> <li>• Ampliar la prevención y respuesta a la violencia y la explotación sexuales</li> <li>• Fortalecer la protección para huérfanos, niños separados de sus padres y jóvenes</li> <li>• Institucionalizar la capacitación para fuerzas uniformadas sobre el VIH/SIDA, violencia y explotación sexual y no discriminación</li> <li>• Instaurar servicios relacionados con el VIH para el personal desmovilizado</li> <li>• Fortalecer la respuesta para refugiados y personas desplazadas internamente</li> </ul>
4.1 Tomar en consideración el VIH en la planificación del saneamiento/suministro de agua	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Establecer comités de gestión del suministro de agua y el saneamiento</li> <li>• Organizar campañas de sensibilización sobre higiene y saneamiento, dirigidas a personas afectadas por el VIH</li> </ul>
5.1 Destinar ayuda alimentaria a hogares y comunidades afectados y en riesgo 5.2 Planificar las necesidades nutricionales y alimentarias para poblaciones con alta prevalencia del VIH 5.3 Promover atención y prácticas de alimentación apropiadas para PVVS 5.4 Apoyar y proteger la seguridad alimentaria de hogares y comunidades afectados por el VIH/SIDA y en riesgo de contraerlo 5.5 Distribuir ayuda alimentaria a hogares y comunidades afectados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desarrollar estrategias para proteger la seguridad alimentaria a largo plazo de las personas afectadas por el VIH</li> <li>• Desarrollar estrategias y orientar programas de extensión agrícola a grupos vulnerables</li> <li>• Colaborar con programas de atención comunitaria y domiciliaria en la prestación de ayuda nutricional</li> <li>• Ayudar al gobierno a cumplir con su obligación de respetar el derecho humano a los alimentos</li> </ul>

Respuesta sectorial	Preparación frente a emergencias	
6. Planificación de emplazamientos y refugio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Velar por la seguridad de los posibles emplazamientos</li> </ul>	
7. Salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Relevar los servicios y las prácticas existentes</li> <li>• Planificar y aprovisionarse de suministros médicos y de salud reproductiva</li> <li>• Adaptar o desarrollar protocolos</li> <li>• Capacitar al personal de salud</li> <li>• Planificar mecanismos de aseguramiento de la calidad</li> <li>• Capacitar al personal sobre VSG y el vínculo con el VIH/SIDA</li> <li>• Determinar la prevalencia del consumo de drogas intravenosas</li> <li>• Desarrollar folletos instructivos sobre la limpieza del material para inyecciones</li> <li>• Relevar y apoyar las iniciativas de prevención y atención</li> <li>• Capacitar al personal y los educadores inter pares</li> <li>• Capacitar al personal de salud en temas de SR vinculados a emergencias y en el uso de kits de SR</li> <li>• Evaluar prácticas vigentes en la aplicación de precauciones universales</li> </ul>	
8. Educación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar opciones de educación sobre emergencias para niños y niñas</li> <li>• Capacitar a maestros en VIH/SIDA y violencia y explotación sexual</li> </ul>	
9. Comunicación para el cambio de comportamiento e información, educación y comunicación	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparar mensajes adaptados a la cultura en idiomas locales</li> <li>• Preparar una estrategia básica de CCC e IEC</li> <li>• Hacer partícipes a los beneficiarios clave</li> <li>• Llevar a cabo campañas de sensibilización</li> <li>• Almacenar documentos clave fuera de las posibles zonas de emergencia.</li> </ul>	
10. VIH/SIDA en el lugar de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estudiar las políticas de personal concernientes a la gestión de PVVS que trabajan en operaciones de ayuda humanitaria</li> <li>• Desarrollar políticas cuando no existan, que apunten a minimizar la posibilidad de discriminación</li> <li>• Aprovisionarse de materiales para profilaxis posexposición (PPE)</li> </ul>	

Respuesta mínima (a llevarse a cabo incluso en el medio de una emergencia)	Respuesta integral (Fase de estabilización)
6.1 Establecer emplazamientos diseñados en forma segura	<ul style="list-style-type: none"> <li>Planificar un movimiento ordenado de los desplazados</li> </ul>
<p>7.1 Asegurar el acceso a la atención básica de la salud para los más vulnerables</p> <p>7.2 Proporcionar preservativos y establecer suministros de preservativos</p> <p>7.3 Establecer tratamiento sintomático de ITS</p> <p>7.4 Asegurar la atención adecuada para CDI</p> <p>7.5 Manejar las consecuencias de la violencia sexual</p> <p>7.6 Asegurar partos seguros</p> <p>7.7 Asegurar servicios de transfusión sanguínea segura</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pronosticar necesidades a más largo plazo; conseguir suministros regulares; asegurar capacitación adecuada del personal</li> <li>Atención paliativa y atención domiciliaria</li> <li>Tratamiento de infecciones oportunistas y programas de control de la tuberculosis</li> <li>Suministro de tratamiento ARV</li> <li>Asegurar suministros regulares, incluir preservativos con otras actividades de SR</li> <li>Reevaluar las necesidades de preservativos en función de la demanda</li> <li>Control y tratamiento de ITS, que incluya preservativos</li> <li>Programas integrales sobre violencia sexual</li> <li>Controlar el tráfico de drogas en los campamentos</li> <li>Usar educadores inter pares para brindar asesoramiento y educación sobre las estrategias para la reducción del riesgo</li> <li>Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH</li> <li>Servicios de salud reproductiva para los jóvenes</li> <li>Prevención de la transmisión maternoinfantil</li> </ul>
8.1 Asegurar el acceso a la educación para los niños	<ul style="list-style-type: none"> <li>Educar a niños y niñas (educación formal y no formal)</li> <li>Brindar educación sobre VIH/SIDA basada en las aptitudes para la vida</li> <li>Vigilar y responder a la violencia y explotación sexual en ámbitos educacionales</li> </ul>
9.1 Brindar información sobre la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA	<ul style="list-style-type: none"> <li>Ampliar la CCC/IEC</li> <li>Vigilar y evaluar actividades</li> </ul>
<p>10.1. Prevenir la discriminación por el estado serológico en relación con el VIH en la gestión de personal</p> <p>10.2 Proporcionar profilaxis posexposición (PPE) para el personal de organizaciones humanitarias</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Desarrollar la capacidad de grupos de apoyo para PVVS y sus familias</li> <li>Establecer políticas para el lugar de trabajo destinadas a eliminar la discriminación contra PVVS</li> <li>Profilaxis posexposición para todos los agentes de ayuda humanitaria disponible en forma regular</li> </ul>

## Capítulo 4: Las Directrices

Sector 1: Coordinación

Fase: Respuesta mínima

### Hoja de acción 1.1: Establecer mecanismos de coordinación

#### ► Información de referencia

El objetivo principal de cualquier iniciativa de coordinación humanitaria es satisfacer las necesidades de las poblaciones afectadas de un modo eficaz y coherente. La presencia del VIH/SIDA añade otra dimensión a la crisis y a sus consecuencias. Debido a la interacción entre la epidemia y los contextos de emergencia:

- las personas afectadas por la crisis quedan expuestas a un mayor riesgo de contraer VIH/SIDA;
- las familias afectadas por el VIH/SIDA deben absorber la carga adicional de la crisis y es posible que no se beneficien con las intervenciones de asistencia frente a emergencias;
- se alteran los programas y actividades existentes relacionados con el VIH/SIDA; y
- aumenta la vulnerabilidad de las personas y organizaciones que no pertenecen a la zona (incluido el personal militar y de ayuda humanitaria) al VIH/SIDA y a las ITS, lo que contribuye a la propagación de la epidemia.

Por ello, es indispensable:

- identificar los diferentes actores y garantizar una coordinación adecuada;
- sensibilizar y motivar a los responsables de la toma de decisiones a mejorar los proyectos, programas y políticas;
- reforzar la capacidad de las instituciones que trabajan en las áreas afectadas;

- garantizar la difusión de información relevante y facilitar el suministro de apoyo técnico a los usuarios.

Los mecanismos de coordinación de la lucha contra el VIH/SIDA (incluidos los programas nacionales sobre SIDA y los grupos temáticos de la ONU sobre VIH/SIDA) deben garantizar que las políticas y planes nacionales en curso no excluyan las áreas afectadas por la emergencia y que se consideren adecuadamente los riesgos y vulnerabilidades especiales de los desplazados internos, los refugiados y otros grupos afectados. Se requiere coordinación a nivel local, regional, nacional e internacional.

La coordinación es más eficaz cuando las organizaciones y grupos interesados relevantes participan en la definición de un conjunto de normas éticas y operativas comunes. Ello permite una verdadera complementariedad en un marco de respeto mutuo por las obligaciones y funciones ajenas.

#### ► Acciones clave

##### ▼ Establecer y fortalecer mecanismos de coordinación

- Identificar y garantizar la colaboración entre los organismos de coordinación regionales, nacionales y locales existentes (para la atención de VIH/SIDA y de emergencias). Esto incluye al coordinador de ayuda humanitaria y a la Oficina de las Naciones Unidas de Coordinación de Asuntos Humanitarios (OCAH) y al ONUSIDA. Definir y organizar las responsabilidades y fortalezas de cada grupo interesado para evitar superposiciones, e identificar posibles deficiencias.
- Identificar una oficina o algún punto central como punto focal para la iniciativa de coordinación y designar el personal necesario. Poner en práctica mecanismos y procedimientos de registro para garantizar que los grupos interesados estén informados.

- Promover la incorporación de mecanismos de prevención, atención y mitigación del VIH/SIDA en las instancias de evaluación de la situación, los planes de preparación para emergencias y la respuesta humanitaria en general.
- Analizar la información existente y realizar evaluaciones de las necesidades locales para identificar las poblaciones expuestas a mayor riesgo y áreas prioritarias para las intervenciones.
- Incorporar consideraciones sobre VIH/SIDA en los llamamientos a los donantes (incluidos el CAP y el CHAP) y contribuir a la creación de llamamientos específicos relacionados con el VIH/SIDA.
- Mantener un diálogo permanente con los donantes sobre la financiación general, que incluya la vigilancia y evaluación de las actividades financiadas.
- Identificar e informar los déficits de financiación a la comunidad internacional.
- Instituir la revisión continua del ámbito de operación a fin de garantizar la elaboración de planes eficaces de contingencias para posibles cambios.

#### ▼ Sensibilizar a los responsables de la toma de decisiones y a los administradores de programas

- Organizar seminarios de información y promoción a nivel central.
- Promover la incorporación del VIH/SIDA en situaciones de emergencia en la agenda de los mecanismos de coordinación relevantes a nivel nacional.
- Promover la revisión de los planes estratégicos nacionales de VIH/SIDA para ajustarlos a las necesidades que surjan en la respuesta al VIH/SIDA en situaciones de emergencia.
- Colaborar con las organizaciones de los medios para explicar a donantes y asociados la relación entre el VIH/SIDA y la emergencia.

#### ▼ Sensibilizar y/o capacitar a las instituciones locales de zonas afectadas por el VIH/SIDA

- Instrumentar visitas de campo conjuntas de los representantes de organismos de coordinación relevantes a nivel nacional<sup>3</sup> a áreas administrativas relevantes, con el objeto de:
  - intercambiar información contactándose con autoridades locales y actores fundamentales de la ayuda humanitaria, y
  - organizar talleres de capacitación y sensibilización para instituciones locales. (Duración: aproximadamente 2 días, que pueden modificarse en función de las limitaciones de tiempo);
- Las actividades deben garantizar:
  - La inclusión del VIH/SIDA en la agenda de los mecanismos relevantes de coordinación local;
  - El establecimiento de sistemas simples de notificación e intercambio de información a nivel local;
  - La realización de evaluaciones complementarias de las necesidades locales para identificar las poblaciones expuestas a mayor riesgo y áreas prioritarias para realizar intervenciones;
  - La instrumentación de misiones periódicas de apoyo por parte de los representantes de organismos de coordinación relevantes a nivel local y/o del centro nacional de competencia.

#### ▼ Brindar información y asistencia técnica

- Verificar que se brinde apoyo adecuado a todos los grupos interesados para planificación estratégica, evaluación, vigilancia y análisis en relación con el VIH/SIDA en zonas afectadas por emergencias.
- Intercambiar y analizar la información existente con los grupos interesados pertinentes e informar a las poblaciones los riesgos derivados del VIH/SIDA.
- Verificar que todos los grupos interesados dispongan de informes periódicos y sistemáticos sobre el abordaje del VIH/

SIDA a través de la respuesta humanitaria. El punto focal/órgano coordinador es responsable de mantener una red de comunicación entre todos los grupos interesados.

- Verificar que la información, el material de referencia y las herramientas estén disponibles;
- Verificar que los sistemas y redes de referencia nacionales estén configurados de modo de facilitar el intercambio de información y el asesoramiento;
- Desarrollar una página web central para almacenar y facilitar el acceso a información y recursos relevantes, si fuera necesario.

### ► Recursos clave

*Guidelines on how to integrate HIV/AIDS in the Consolidated Appeals Process.*

*The impact of HIV/AIDS on food security.*  
[www.fao.org/docrep/meeting/003/Y0310E.htm](http://www.fao.org/docrep/meeting/003/Y0310E.htm)

*Food security and HIV/AIDS: an update.*  
[www.fao.org/DOCREP/MEETING/006/Y9066e/Y9066e00.HTM](http://www.fao.org/DOCREP/MEETING/006/Y9066e/Y9066e00.HTM)

*The silent emergency: HIV/AIDS in conflicts and disasters*, CAFOD.

*Sowing Seeds of Hunger*: Documental en vídeo (pueden obtenerse copias a pedido a través de la FAO).

<http://www.fao.org/english/newsroom/focus/2003/aids.htm>

Sitios web:

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

[www.reliefweb.int](http://www.reliefweb.int)

[www.fao.org/hivaids](http://www.fao.org/hivaids)





## Hoja de acción 2.1: Evaluar datos de referencia

### ► Información de referencia

Para coordinar acciones y cooperar con otras organizaciones y autoridades, es vital establecer una base de datos normalizada que permita un conocimiento y un seguimiento en común de la situación epidemiológica. La transmisión del VIH en contextos de emergencia es afectada por diversos factores, que incluyen:

- las tasas de seroprevalencia existentes en las poblaciones desplazadas y las comunidades vecinas,
- la prevalencia y los tipos de infecciones de transmisión sexual (ITS),
- el nivel y los tipos de interacciones y conductas sexuales,
- el nivel y calidad de los servicios sanitarios disponibles, y
- la información de referencia sobre los niveles demográfico y de estudios.

En situaciones de emergencia (especialmente en casos de conflicto), con frecuencia es difícil obtener datos epidemiológicos o datos confiables (los gobiernos pueden mostrarse reacios a revelar cifras). Los datos hospitalarios no suelen reflejar la situación de las zonas rurales. Por otra parte, se deben considerar los factores culturales inherentes al entorno y la madurez de la epidemia tanto en las poblaciones huésped como en las desplazadas. La evaluación de datos de referencia en situaciones de emergencia plantea numerosos desafíos, fundamentalmente porque los datos son limitados; en muchos casos deben utilizarse indicadores sustitutos.

Como ocurre con cualquier emergencia, la evaluación debe considerar tanto las intervenciones destinadas a las poblaciones afectadas por la emergencia como las disponibles para las poblaciones locales. Para que una intervención surta efecto (por ejemplo, en la población de un campamento), es necesario relacionarse con la población vecina.

En la evaluación deben incluirse todos los grupos en riesgo de transmisión del VIH. Aunque su identificación suele depender del contexto, dichos grupos normalmente incluyen: (no exclusivamente) los siguientes:

- mujeres,
- niños y adolescentes,
- familias monoparentales,
- determinados grupos étnicos y religiosos (con frecuencia minorías que sufren discriminación),
- personas con discapacidades, y
- drogadictos.

Con frecuencia, las personas que viven con VIH/SIDA son estigmatizadas y discriminadas. Una evaluación debe incluir personas que se consideren transmisores fundamentales, como profesionales del sexo y personal militar o paramilitar. Por último, debe evaluarse la interacción entre las poblaciones locales y desplazadas y las comunidades locales para determinar la posible transmisión del VIH/SIDA.

Si bien las personas mayores no están en riesgo de contraer VIH/SIDA, pueden ser objeto de mayores exigencias, ya que a menudo deben cuidar niños pequeños que han quedado huérfanos.

### ► Acciones clave

#### ▼ Realizar evaluaciones rápidas de riesgo y vulnerabilidad al VIH/SIDA.

Evaluar el nivel de riesgo existente y los factores específicos que hacen que los grupos

mencionados anteriormente sean más vulnerables a la transmisión del VIH. Esta información orienta el diseño de programas y la aplicación de políticas y puede obtenerse cualitativamente a través de entrevistas con informantes clave y grupos dirigidos de discusión que incluyan agentes sanitarios y comunitarios y líderes religiosos (tanto de las poblaciones desplazadas como de las poblaciones huésped), mujeres y grupos de jóvenes, trabajadores de la ONU y de ONG, y mediante la observación del ámbito de emergencia y sus alrededores.

### ▼ Establecer mecanismos de vigilancia de VIH/SIDA.

Los datos de referencia existentes pueden incluir:

- pruebas voluntarias a los donantes de sangre;
- tendencias de los informes sobre vigilancia de casos de SIDA;
- nuevos casos de tuberculosis;
- incidencia de ITS (nuevos casos/1.000 personas/mes) y tendencias desglosadas por síndrome (secreción uretral en los hombres, úlcera genital, sífilis en dispensarios prenatales);
- porcentaje y tendencias de ocupación de camas hospitalarias por personas de 15 a 49 años;
- información sobre VIH/SIDA de las zonas de origen de la población desplazada;
- vigilancia centinela de embarazadas (sustitutivo para la población en general);
- vigilancia centinela de subgrupos de alto riesgo (pacientes con ITS, usuarios de drogas intravenosas y profesionales del sexo);
- asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH
- prevención de la transmisión maternoinfantil; y
- encuestas de vigilancia de conductas.

Entre las dificultades para la elaboración de informes de vigilancia se incluyen:

- dificultad de interpretación al instituirse la terapia antirretrovírica (ARV);
- registros de mortalidad no sistemáticos; y
- diagnóstico de síndromes y notificación de ITS deficientes.

### ▼ Otros datos de referencia clave

- Tendencias en el uso del preservativo
- Incidencia y tendencias de la violencia de género
- Desnutrición aguda y crónica de la población mediante encuestas a nivel de la población entre los distintos grupos (niños de 6 a 59 meses, embarazadas, adultos)
- Si se distribuye ayuda alimentaria, la cantidad (kcal/persona/día) y la calidad (canasta de alimentos)
- Cantidad (litros/persona/día) y calidad del agua disponible
- Información sobre las estrategias de supervivencia de las personas que no tienen acceso seguro a los alimentos

### ▼ Interacción

- organizaciones y gobiernos participantes;
- trabajadores del sector;
- poblaciones afectadas

▼ Véanse también: Vigilancia de las actividades (Hoja de acción 2.3) y base de datos compartida (Hoja de acción 2.2).

► **Recursos clave**

ACNUR/OMS/UNFPA. *Inter-agency field manual. Reproductive health in refugee situations*. Ginebra, 1999. Capítulo 9.  
[www.unhcr.ch/cgi](http://www.unhcr.ch/cgi)

OMS. *Guidelines for sexually transmitted infections surveillance*: OMS, 1999.  
[www.who.int/emc-documents/STIs/whocdscsredc993c.html](http://www.who.int/emc-documents/STIs/whocdscsredc993c.html)

ONUSIDA/OMS. *Guidelines for second generation HIV surveillance*. Ginebra: ONUSIDA/OMS, 2000: 1-48.

Encuestas de demografía y salud en:  
[www.measuredhs.com](http://www.measuredhs.com)

*Measuring impacts of HIV/AIDS on rural livelihoods and food security*, Programa de la FAO sobre VIH/SIDA  
[http://www.fao.org/sd/2003/PE0102\\_en.htm](http://www.fao.org/sd/2003/PE0102_en.htm)

ONUSIDA. *Epidemiological fact sheets on HIV/AIDS and sexually transmitted infections*.  
[www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact\\_sheets/index\\_en.htm](http://www.unaids.org/hivaidsinfo/statistics/fact_sheets/index_en.htm)



## Hoja de acción 2.2: Establecer y administrar una base de datos compartida

### ► Información de referencia

Uno de los componentes de la coordinación es el establecimiento de una base de datos compartida y normalizada. Cada sector debe contar con un organismo principal responsable de coordinar y comunicarse con otras organizaciones y gobiernos involucrados en la respuesta a la emergencia. Una base de datos facilita la comparación entre las distintas localidades y la agregación e interpretación de la información desde el nivel inferior (dispensarios y campamentos) hasta el nivel superior (nivel nacional o regional). Lo ideal es que la base de datos se desarrolle durante la fase de preparación. Si ello no ha ocurrido antes de la emergencia, debe ser una prioridad de la respuesta a la emergencia.

### ► Acciones clave

- ▼ Generar un inventario de formularios y sistemas de recopilación de datos existentes para analizar una posible conexión con los sistemas de información sobre VIH/SIDA. Los formularios pueden ser originados en los mismos países o en países vecinos.
- ▼ Desarrollar formularios normalizados. Los tipos de formularios pueden variar en función de los programas disponibles, pero deben contener:
  - el sistema de información de salud, incluidos notificación confidencial de casos clínicos de SIDA, ITS por síndrome, violencia de género y componentes de informes de mortalidad;

- análisis sistemático de sangre (VIH y sífilis);
- programas para huérfanos; y
- casos de protección.

En función de la situación y el programa, es probable que existan sistemas implantados para:

- Vigilancia centinela (prenatal y de alto riesgo).
  - Encuestas: vigilancia de comportamientos, nutrición, otras.
  - Asesoramiento y pruebas voluntarias del VIH.
  - Prevención de la transmisión materno-infantil.
  - Programas de alimentación suplementaria y terapéutica.
- ▼ Desarrollar definiciones de casos normalizadas, como se mencionó anteriormente.
  - ▼ Generar consenso con los asociados y actores citados en los puntos anteriores y, si corresponde, armonizar los formularios gubernamentales existentes.
  - ▼ Proveer alojamiento de bases de datos compartidas con libre acceso a los usuarios.
  - ▼ Brindar capacitación a:
    - distintos trabajadores del sector dedicados a la elaboración de informes, la recopilación y el análisis de datos; y
    - “especialistas en datos” designados para administrar el hardware y los programas asociados con los aspectos informáticos de los datos.
  - ▼ Interacción en todos los niveles:
    - organizaciones participantes, gobiernos;
    - trabajadores del sector;
    - población afectada.
  - ▼ Véanse también: Evaluar datos de referencia (Hoja de acción 2.1) y Vigilar las actividades (Hoja de acción 2.3).

► **Recursos clave**

ACNUR/OMS/UNFPA. *Inter-agency field manual. Reproductive health in refugee situations*. Ginebra, 1999. Capítulo 9.

[www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/home/opedoc.pdf](http://www.unhcr.ch/cgi-bin/texis/vtx/home/opedoc.pdf)

OMS. *Guidelines for sexually transmitted infections surveillance*: OMS, 1999.

ONUSIDA/OMS. *Guidelines for second generation HIV surveillance*. Ginebra: ONUSIDA/OMS, 2000: 1-48.

Sitios web

[www.unaids.org](http://www.unaids.org)

## Hoja de acción 2.3: Vigilar las actividades

### ► Información de referencia

Durante la fase aguda de una emergencia, deben ejecutarse los principales programas descritos en el Modelo. Además de estas actividades básicas, pueden continuarse otros programas de VIH/SIDA previos a la emergencia, según el nivel de desarrollo del Estado miembro, de la etapa de la epidemia y de la fase de la emergencia. La vigilancia debe llevarse a cabo teniendo en mente objetivos a corto, mediano y largo plazo. Si se realiza un seguimiento de los indicadores biológicos, conductuales, de proceso y de resultados desde el comienzo, el VIH/SIDA en contextos de emergencia puede controlarse de modo más eficaz.

### ► Acciones clave

#### ▼ Desarrollar indicadores básicos para la respuesta mínima.

Cada programa requiere un conjunto básico de indicadores normalizados que denoten el progreso y los resultados. Muchos de estos programas ya cuentan con indicadores básicos. (Véase **Recursos clave**.) Las organizaciones deben acordar un número limitado de indicadores relevantes y normalizados medidos de un modo uniforme. Asimismo, se deben establecer valores de referencia y tendencias para interpretar los indicadores y, por consiguiente, el éxito del programa.

Por ejemplo, suministro y uso de preservativo masculino:

- Indicadores de proceso a corto plazo:

#### *Cálculo para suministro suficiente de preservativos masculinos para 3 meses:*

Varones sexualmente activos\* x 1,2 (desperdicio) x 12 preservativos/mes =

Y preservativos x 3 meses

\* De 15 años o más, si se desconoce, úsese estimativamente el 20% de la población

#### *Distribución de preservativos:*

Nº de preservativos distribuidos en 1 mes/número de varones sexualmente activos en la población =

Número de preservativos/varones sexualmente activos/mes

Valor de referencia: mínimo: 12 preservativos/varones sexualmente activos/mes<sup>4</sup>

- Indicadores de resultados a mediano plazo:

#### *Incidencia de ITS por síndrome en el transcurso del tiempo:*

Nº de nuevos casos de síndrome de secreción uretral en los hombres/1.000 varones adultos\*

\* De 15 años o más, si se desconoce, úsese estimativamente el 20% de la población/mes.

Nº de nuevos casos de sífilis en la primera consulta de las mujeres a los dispensarios prenatales/1.000 mujeres en edad reproductiva. (15-49 años)/mes

Nº de nuevos casos de úlcera genital (en hombres y mujeres)/1.000 adultos en la población/mes

Posible valor de referencia: Reducción de un 25% en los casos en el curso de 6 meses.

▼ **Consenso en torno a los indicadores mencionados y armonización de los indicadores gubernamentales existentes, si corresponde.**

▼ **Capacitación**

- distintos trabajadores del sector dedicados a la elaboración de informes, la recopilación y el análisis de datos;
- “especialistas en datos” designados para administrar el hardware y los programas asociados con los aspectos informáticos de los datos.

▼ **Interacción**

- organizaciones participantes, gobiernos;
- trabajadores del sector;
- población afectada.

▼ **Véanse también:** Evaluar datos de referencia (Hoja de acción 2.1) y Establecer y administrar una base de datos compartida (Hoja de acción 2.2).

► **Recursos clave**

*National AIDS Programmes: a guide to monitoring and evaluation.* Ginebra: ONUSIDA, 2000.

ACNUR. *Prevention and response to sexual and gender-based violence in refugee situations. Inter-agency lessons learned* 2001, Ginebra.

ACNUR/OMS/UNFPA. *Inter-agency field manual. Reproductive health in refugee situations.* Ginebra, 1999. Capítulo 9. [www.unhcr.ch/cgi](http://www.unhcr.ch/cgi)

OMS. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections.* 2001.

*Handbook of indicators for HIV/STI programs,* USAID, primera edición, marzo de 2000, apéndice II.

Sitios web

[www.dec.org/default.cfm](http://www.dec.org/default.cfm)



### Hoja de acción 3.1: Prevenir y responder a la violencia y la explotación sexuales

#### ► Información de referencia

La violencia sexual y de género (VSG) es la violencia ejercida contra mujeres y varones por el modo en que una sociedad asigna los roles y expectativas por razón de género. Esta forma de violencia incluye actos específicos contra la mujer, como acoso sexual, violación, mutilación de los genitales femeninos, golpizas a las esposas, matrimonio forzado y prostitución forzada (también denominada explotación sexual) y/o discriminación y maltrato por no ajustarse a las normas sociales. Los ataques a la masculinidad de varones, como violación de hombres o mutilación de genitales, son también formas de violencia de género.

La violencia sexual y de género viola derechos humanos fundamentales de adultos y niños, afectando el desarrollo individual y comunitario. Este tipo de violencia se profundiza en situaciones de conflicto y posconflicto, incrementando los riesgos a que están expuestos los refugiados, repatriados, desplazados internos y demás personas afectadas por situaciones de emergencia. Para contrarrestar la violencia sexual y de género, los agentes de ayuda humanitaria han comenzado a dirigir activamente la atención de la comunidad internacional hacia el fortalecimiento y mejora de la protección de mujeres y niños en situaciones de crisis humanitaria.

La violencia sexual y de género multiplica las posibilidades y probabilidades de propagar

infecciones de transmisión sexual y el VIH/SIDA. En situaciones de emergencia, la violación y las relaciones sexuales a cambio de supervivencia son las manifestaciones más visibles de violencia sexual.

#### ► Acciones clave

##### ▼ Abogar contra la violencia y la explotación.

Promover con fuerzas combatientes y de mantenimiento de la paz, cuando sea pertinente, la cesación de la violencia sexual y la explotación de mujeres y niños.

Se ha desarrollado un curso de capacitación para fuerzas de mantenimiento de la paz sobre la protección de niños, que incluye una sección sobre violencia y explotación sexual (Save the Children de Suecia, Oficina del Representante Especial del Secretario General para la cuestión de los niños y los conflictos armados, UNICEF).

La tarjeta de sensibilización de ONUSIDA sobre el VIH/SIDA destinada a las operaciones de mantenimiento de la paz incluye el código de conducta pertinente que el personal de la fuerza debe respetar.

▼ Ofrecer capacitación sobre códigos de conducta. Capacitar a los agentes de ayuda humanitaria, los distribuidores de alimentos y las organizaciones internacionales, nacionales y locales asociadas sobre los elementos principales del código de conducta del Comité Permanente Interorganismos sobre violencia y explotación sexual, y sancionar las violaciones.

Algunos de los elementos principales:

- La explotación y el abuso sexuales por parte de agentes de ayuda humanitaria constituyen una grave falta de ética y son, por consiguiente, motivo de terminación de la relación laboral.
- Se prohíbe toda actividad sexual con niños (personas menores de 18 años) independientemente de la edad local de mayoría

o de consentimiento para tener relaciones sexuales. La confusión respecto de la edad del menor no constituye una defensa válida.

- Se prohíbe el cambio de dinero, empleo, bienes o servicios por sexo, incluidos los favores sexuales u otras formas de conducta humillante, degradante o de explotación. Esto incluye el intercambio de asistencia asignada a los beneficiarios.
- Se desaconsejan enfáticamente las relaciones sexuales entre agentes de ayuda humanitaria y beneficiarios ya que éstas se basan en una dinámica de poder intrínsecamente desigual. Tales relaciones socavan la credibilidad y la integridad del trabajo de ayuda humanitaria.
- Cuando un trabajador humanitario tenga preocupación o sospecha de abuso o explotación sexual por parte de un compañero de trabajo, pertenezca o no al mismo organismo, debe denunciar esta preocupación a través de los mecanismos de notificación establecidos por el organismo.
- Los agentes de ayuda humanitaria están obligados a generar y mantener un ambiente que evite la explotación y el abuso sexuales y promueva la aplicación de su código de conducta. Los directivos de todos los niveles tienen responsabilidades particulares en torno al apoyo y desarrollo de sistemas que preserven este ambiente.

#### ▼ Establecer mecanismos de coordinación.

La coordinación es esencial para desarrollar herramientas de vigilancia y evaluación en común y acordar sistemas comunes de derivación para atención de la salud, asesoramiento, seguridad y necesidades jurídicas.

- Establecer y revisar continuamente métodos de notificación y derivación entre los diferentes actores. Las derivaciones se deben centrar en la prestación servicios rápidos y adecuados a los sobrevivientes.
- Intercambiar información escrita sobre los datos de incidencia entre los actores principales, resguardando su confidencialidad.

#### ▼ Promover la sensibilización sobre derechos de género entre los beneficiarios.

- Realizar debates con grupos de mujeres, grupos religiosos y juveniles, organizaciones comunitarias y todos los otros grupos relevantes de las comunidades afectadas, sobre violencia sexual y sobre los lugares donde los sobrevivientes pueden obtener ayuda.
- Comprometer e incluir activamente a la comunidad en todas las etapas de diseño, ejecución, vigilancia y evaluación de los programas.
- Establecer instalaciones para la prestación de servicios con participación activa de la comunidad
- Convocar reuniones periódicas de los principales actores y grupos interesados. Designar un “organismo principal” que se haga responsable de la coordinación.

#### ▼ Garantizar los servicios de atención de salud necesarios para los sobrevivientes de violencia sexual y de género.

- Los servicios de atención de salud deben estar preparados para atender compasivamente a las personas que han sido víctimas de violación, agresión o abuso sexual.
- Los dispensadores de atención de salud (médicos, auxiliares médicos, enfermeros, etc.) deben estar capacitados para brindar atención adecuada y contar con el equipo y los suministros necesarios.
- Una prioridad debería ser la capacitación de dispensadores de salud mujeres; sin embargo, una escasez de agentes sanitarias capacitadas no debería impedir la prestación de servicios para los sobrevivientes de violación. (Véase Hoja de acción 7.6.)
- Las víctimas deben recibir tratamiento apropiado y profilaxis posexposición para el VIH/SIDA en lugares con una prevalencia del VIH superior al 1%.

## ► Recursos clave

*Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings, Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies*, Versión para prueba de campo. IASC, 2005.  
<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/publications.asp>

*Sexual and Gender-based violence against Refugees, Returnees and Internally Displaced Persons: Guidelines for Prevention and Response*. ACNUR, julio de 2002. *IASC Task Force on Protection from Sexual Exploitation and abuse in Humanitarian Crises*. Plan de acción. 2002.

*How To Guide: Crisis Intervention Teams: Responding to Sexual Violence in Ngara Tanzania*. ACNUR, enero de 1997.

*How To Guide: Monitoring and Evaluation of Sexual Gender Violence Programmes*. ACNUR, abril de 2000.

*Clinical Management of Rape Survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*, edición revisada. OMS/ACNUR, 2005.  
<http://www.who.int/reproductive-health/emergencies/index.en.html>

SCF (RU), PMA, UNICEF. *Preventing and Responding to Sexual Abuse and Exploitation in Humanitarian Crises*. Notas para los capacitadores y material de capacitación. Octubre de 2002.

Sitio web  
[www.unaids.org/en/media/fact+sheets.asp](http://www.unaids.org/en/media/fact+sheets.asp)



### Hoja de acción 3.2: Proteger a los niños huérfanos y separados de sus padres

#### ► Información de referencia

Los niños huérfanos o separados de sus padres corren un mayor riesgo de sufrir abuso y explotación o de ser reclutados en fuerzas de combate. En muchos casos, poseen limitado acceso a la enseñanza, la atención de la salud y necesidades básicas en comparación con sus pares que están con sus padres u otros adultos. Estos riesgos por lo general hacen que niños y niñas sean más vulnerables a la infección por el VIH. Se deben hacer todos los esfuerzos posibles por proteger a los niños del abuso y velar por la protección de sus derechos.

#### ► Acciones clave

▼ Trabajar para prevenir la separación de los niños que han quedado huérfanos, a través de la capacitación de agentes de ayuda humanitaria y la sensibilización de los padres. (Por ejemplo, se puede limitar el riesgo de separación colocando el nombre y la dirección del niño en su vestimenta).

▼ Brindar a niños y niñas soldados desmovilizados educación básica sobre VIH, pruebas de detección sistemáticas y tratamiento para infecciones de transmisión sexual.

▼ Brindar atención y cuidados inmediatos a niños separados poniendo especial énfasis en los niños que no están acompañados por adultos.

▼ Asegurar que los organismos de protección infantil suministren espacios seguros, que se registre a los niños y que haya alimentos, albergue y apoyo disponibles.

▼ Rastrear y reunir a los niños con sus padres o familiares, evitando la adopción en el punto máximo de la emergencia.

▼ Disponer de hogares de acogida temporarios o permanentes si no se puede encontrar a los padres o familiares.

▼ En campamentos, ofrecer protección adicional a los hogares con niños o mujeres como jefes de familia, por ejemplo, agrupándolos en el centro en lugar de la periferia del campamento o asegurándose de que se los ubique en un grupo social que le brinde protección adecuada.

▼ Brindar apoyo psicosocial a los niños huérfanos y separados y a sus cuidadores.

▼ Brindar acceso a servicios adecuados de salud reproductiva para niños huérfanos y separados.

▼ Establecer espacios aptos para niños donde puedan reunirse, jugar, acceder a necesidades básicas de salud y nutrición y aprender en un ámbito escolar o fuera de la escuela, por ejemplo, creando escuelas y campos de juegos.

▼ Velar por la no discriminación hacia los niños huérfanos y separados.

▼ Asegurar la prestación de apoyo a personas de edad que cuidan a niños huérfanos o separados.

▼ Cerciorarse de que las autoridades locales conozcan la existencia de estos niños vulnerables y sus necesidades específicas.

► **Recursos clave**

UNICEF. *Actions for Children Affected by Armed Conflict*, mayo de 2002.

UNICEF, ACNUR, CICR, CRI, Save the Children, World Vision. *InterAgency Guiding Principles on Unaccompanied and Separated Children*. 2003

ACNUR, ACNUDH, UNICEF, Save the Children. *Action for the rights of children*. Octubre de 2002.

*Working with separated children. Field Guide, Training Manual and Training Exercises*. Save the Children, Londres, Uppard, S., Petty, C. and Tamplin, M. 1998.

[www.savechildren.org.uk/onlinepubs/guide/sepchildpubs.html](http://www.savechildren.org.uk/onlinepubs/guide/sepchildpubs.html)

### Hoja de acción 3.3: Asegurar el acceso a preservativos para las fuerzas de mantenimiento de la paz, militares y personal de ayuda humanitaria

#### ► Información de referencia

Los agentes de mantenimiento de la paz, el personal de ayuda humanitaria y el personal de los servicios uniformados nacionales son altamente vulnerables a las infecciones de transmisión sexual (ITS) debido a sus entornos de trabajo, movilidad, edad y otros factores que los exponen a un riesgo más elevado de contraer la infección por el VIH/SIDA. En particular, el personal militar constituye una población que corre especial riesgo de exposición a las ITS, incluido el VIH/SIDA. En tiempos de paz, las tasas de ITS entre miembros de las fuerzas armadas generalmente son de 2 a 5 veces más altas que en poblaciones civiles; en tiempos de conflicto, la diferencia puede ser mucho mayor. Esta población, debido a su disciplina, organización jerárquica, juventud y movilidad, ofrece una vía importante para el intercambio de información sobre prevención y sensibilización sobre VIH/SIDA, tanto con sus integrantes como con el conjunto de la comunidad.

Se debe colocar el acento en los mensajes claves, incluidos datos básicos sobre el VIH/SIDA y los Códigos de Conducta, y promover el uso de preservativos. Si se usan en forma constante y correcta, los preservativos ofrecen protección eficaz contra la transmisión del VIH por vía sexual. La programación sostenible relativa a preservativos identifica las actividades esenciales requeridas para asegurar

la adquisición, promoción y entrega exitosa y eficaz de preservativos. Sin embargo, en contextos de emergencia, existe una necesidad inmediata de lograr que las personas en riesgo cuenten con fácil acceso a los preservativos.

#### ► Acciones clave

##### ▼ Evaluación de necesidades para el suministro de preservativos

Durante las emergencias, raramente se dispone de tiempo suficiente para buscar información detallada acerca del comportamiento sexual, por ende, puede resultar difícil realizar un cálculo de suministros de preservativos requeridos.

Se debe asegurar lo siguiente:

- Antes de evaluar las necesidades de preservativos del personal de los servicios uniformados, es recomendable comunicarse con la división médica (si existe y es accesible) de las fuerzas armadas para determinar qué medidas se están tomando respecto de la prevención del VIH/SIDA. Esta colaboración facilitará una evaluación más realista de las necesidades.
- Algunas misiones de mantenimiento de la paz cuentan con un oficial médico y/o quizás tengan un punto focal o asesor sobre el VIH/SIDA; por lo tanto, resulta fundamental establecer contacto con estas personas.
- Procurar constatar el número de miembros de los servicios uniformados y/o de mantenimiento de la paz presentes en la región.
- No existe una escala internacional de suministro correspondiente a los preservativos. Cinco preservativos masculinos y de dos a tres preservativos femeninos (si hubiera disponible) por persona por semana es la escala propugnada por organismos especializados en salud reproductiva a los efectos de la planificación.

### ▼ Adquisición

Dadas las, por lo general, duras condiciones en que se distribuirán, es esencial la buena calidad de los preservativos. La buena calidad también garantiza la eficacia en la prevención de la propagación de ITS. Se pueden obtener preservativos de donantes, proveedores intermediarios o directamente de los fabricantes.

Se puede acceder a los preservativos a través de oficiales de adquisición o su equivalente, quien debería cerciorarse de que se compruebe la calidad de cada despacho de preservativos que reciban. Los preservativos que cumplen con los requisitos de la Especificación de la OMS pueden obtenerse solicitándolos a UNFPA, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (FIPF) o la OMS.<sup>5</sup>

### ▼ Distribución de preservativos

- Evaluar las principales restricciones (y oportunidades) relativas al acceso a los preservativos.
- Podrían ser creencias religiosas o culturales que restrinjan o prohíban el uso de preservativos.
- Una de las oportunidades podría ser incluir preservativos en kits de supervivencia para fuerzas armadas y de mantenimiento de la paz.
- Comunicarse (si fuera factible) con el personal médico contingente de tanto las fuerzas armadas como las de mantenimiento de la paz para determinar si es posible la colaboración en la distribución de preservativos. Los preservativos podrían distribuirse junto con otros insumos necesarios para los miembros de ambas fuerzas.
- Identificar otras vías de distribución, por ejemplo, a través de ONG asociadas o entregando en establecimientos frecuentados por los servicios uniformados (bares y/o prostíbulos).

- El envase de los preservativos debería presentar instrucciones adaptadas a la cultura (por ejemplo, información pictórica) sobre cómo usarlos y cómo desecharlos en forma segura. (Consultar: El preservativo masculino, actualización técnica.)

### ▼ Vigilancia y evaluación

La vigilancia y evaluación, si bien no son las actividades destacadas más pertinentes en contextos de emergencia, pueden no obstante ayudar a establecer si los suministros de preservativos llegan al público destinatario, si hay en existencia suministros suficientes y si se requiere de material educativo complementario sobre uso del preservativo. La respuesta mínima exigiría una colaboración estrecha con los asociados de divulgación y la vigilancia de la dispersión de preservativos en los puntos de distribución adonde se los destinó.

### ▼ La estrategia de Tarjetas de Sensibilización del ONUSIDA

La **Tarjeta de Sensibilización** es una funda plastificada que contiene datos básicos sobre el VIH/SIDA, un código de conducta para servicios uniformados, instrucciones de prevención y una división para llevar un preservativo. La Tarjeta de Sensibilización está disponible en 11 idiomas y representa una herramienta sumamente útil en la generación de conciencia acerca del VIH/SIDA, en especial cuando se las combina con la distribución de preservativos. Para obtener las tarjetas de Sensibilización, comunicarse con la Oficina del ONUSIDA sobre SIDA, Seguridad y Respuesta Humanitaria: [unaids@unaids.org](mailto:unaids@unaids.org)



## ► Recursos clave

**Véase también:** Hoja de acción 10.1: Prevenir la discriminación por el estado serológico en relación con el VIH en la administración de personal.

Manual de los kits de salud reproductiva del UNFPA.

*Male Condom programming Fact sheets*, ONUSIDA, OMS, OMS/RHT/FPP/98.15 ONUSIDA/98.12.

*The Female Condom, A guide for planning and programming*, ONUSIDA, OMS, OMS/RHR/00.8 ONUSIDA/00.12E. El kit de Tarjeta de Sensibilización de SHS y educación inter pares está disponible en: [shr@unaids.dk](mailto:shr@unaids.dk)

*The UNAIDS Guide for Developing and Implementing HIV/AIDS/STI Programming for Uniformed Services*. Disponible en: [shr@unaids.dk](mailto:shr@unaids.dk)

Sitios web

[www.unaids.org/en/default.asp](http://www.unaids.org/en/default.asp)

[www.unaids.org/html/pub/Topics/Security/FS4peacekeeping\\_en\\_doc.htm](http://www.unaids.org/html/pub/Topics/Security/FS4peacekeeping_en_doc.htm)



## Hoja de acción 4.1: Tomar en consideración el VIH en la planificación del saneamiento/suministro de agua

Adaptado del Centro Internacional de Agua Potable y Saneamiento (IRC)  
[www.irc.nl](http://www.irc.nl)

### ► Información de referencia

La mejora de la higiene es crucial para combatir las enfermedades diarreicas y las infestaciones parasitarias intestinales, lo que permite reducir las infecciones oportunistas y mejorar el estado nutricional maternoinfantil. Las personas con sistemas inmunitarios deprimidos encuentran mayor dificultad para resistir y recuperarse de episodios de enfermedades diarreicas, infestaciones parasitarias intestinales, erupciones cutáneas y otras infecciones oportunistas. Todas estas afecciones amplifican el impacto del VIH en el estado de salud, y en algunos casos, aceleran la progresión a un SIDA maduro. En países donde la prevalencia del VIH es elevada, resulta esencial disponer de programas eficaces de suministro de agua y saneamiento. Se puede lograr una mejora en la higiene personal, doméstica, institucional y alimentaria facilitando el acceso a suministros de agua segura y confiable a familias afectadas por el VIH/SIDA y las escuelas y establecimientos sanitarios. También es crucial asegurar que el acceso a puntos de agua y retretes sea aceptable y seguro para las mujeres y niñas, con el fin de asegurar igualdad de acceso y protección contra el acoso y abuso sexual.

### ► Acciones clave

▼ Asegurar que las evaluaciones de vulnerabilidad tengan en cuenta la extrema vulnerabilidad de adultos que viven con el VIH a las infecciones diarreicas y sus secuelas,

y adaptar los programas y su direccionamiento en consecuencia, especialmente en países de alta prevalencia.

▼ Brindar educación sobre higiene para familias y cuidadores, proporcionando instrucciones claras sobre cómo lavar y dónde eliminar los desechos cuando se atiende a enfermos crónicos.

▼ Considerar la ubicación adecuada de las letrinas y puntos de agua de manera de minimizar el riesgo de mujeres y niñas de sufrir violencia sexual en el camino.

▼ Contribuir a disipar los mitos e ideas falsas acerca de la contaminación del agua con VIH y, de este modo, reducir la discriminación de las personas que viven con el VIH/SIDA o están afectadas por el VIH/SIDA. Algunas de las ideas falsas más frecuentes son:

- Compartir una fuente de agua con personas que tienen VIH causará la contaminación del punto de agua.
- Las personas pueden infectarse con el VIH/SIDA debido a la contaminación subterránea cerca de los lugares de entierro.

**(En realidad, el VIH es un virus muy frágil y no puede propagarse por ninguna de estas vías).**

Debe alentarse el debate de estas creencias durante las actividades de promoción de la higiene. Hacer caso omiso de estas creencias no atenuará su existencia y, por ende, no se reducirá el estigma y la discriminación.

▼ Facilitar el acceso al agua y el saneamiento para familias con enfermos crónicos; es probable que las personas que viven con el VIH/SIDA encuentren alguna dificultad para obtener agua debido a la estigmatización y discriminación, la poca energía para esperar en las colas o fuerza insuficiente para transportar pesados recipientes con agua.

▼ Diseñar sistemas de suministro de agua teniendo en cuenta que niños y personas de más edad con frecuencia van en busca del agua; asegurarse de que las manivelas de la bomba no estén muy altas, que el bombeo no sea demasiado difícil y que las paredes del pozo no sean demasiado altas. Estas consideraciones son especialmente importantes cuando la tarea de buscar agua recae cada vez más en los niños y los ancianos como consecuencia del VIH/SIDA.

▼ Facilitar el acceso a una cantidad adicional de agua para cuidadores de personas que viven con el VIH/SIDA. Probablemente necesiten cantidades mayores de agua que lo habitual para lavar sábanas y mantas de los familiares enfermos crónicos y para bañarlos con más asiduidad.

▼ Incluir servicios sanitarios y de agua adecuados en los centros de salud y ámbitos educativos, e incorporar la educación sobre higiene en los programas de educación en emergencias.

▼ Realizar esfuerzos adicionales para asegurar que las voces de personas que viven con el VIH/SIDA se escuchen directamente, o en forma indirecta por representación; las personas infectadas y sus familias pueden ser excluidos, inadvertidamente o a propósito, de la toma de decisión comunitaria en relación con el agua.

## ► Recursos clave

Centro Internacional de Agua Potable y Saneamiento (IRC). [www.irc.nl](http://www.irc.nl)

Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja *Water and Sanitation Kit*.

## Hoja de acción 5.1: Destinar ayuda alimentaria a hogares y comunidades afectados y en riesgo

### ► Información de referencia

El direccionamiento de ayuda alimentaria a familias afectadas por el VIH/SIDA es especialmente complejo. En países pobres, las pruebas de detección del VIH a menudo no están disponibles y se desconoce el estado serológico. Aun cuando las pruebas voluntarias estén disponibles, muchas personas temen conocer su estado serológico respecto al VIH y optan por no someterse a la prueba; debido al estigma asociado al VIH/SIDA, la individualización de personas seropositivas puede ser perjudicial tanto para la misma persona como para la familia. Aún no se ha logrado incorporar completamente en sus estudios los análisis de vulnerabilidad y otras herramientas; por el momento, se usan indicadores sustitutos.

### ► Acciones clave

▼ Apuntar a todas las personas con inseguridad alimentaria, independientemente de si se conoce o no su estado serológico respecto al VIH.

*Nota: en algunos casos, otros grupos (organizaciones comunitarias, ONG, etc.) probablemente hayan identificado a personas seropositivas a través de pruebas voluntarias. En estas situaciones, quizás sea posible brindar apoyo a las PVVS en forma directa, siempre y cuando el estigma no sea un problema.*

▼ Cerciorarse de que la ayuda alimentaria, cuando se proporciona a PVVS y familias afectadas por el VIH/SIDA, no aumente la estigmatización ni haga que las familias vulnerables no afectadas se sientan excluidas.

- Se debe trabajar en colaboración con organizaciones comunitarias consolidadas que ya estén involucradas con personas y familias afectadas por el VIH/SIDA.
- Siempre que sea posible, las actividades de sensibilización y de toma de conciencia sobre la prevención deberían vincularse a las actividades de distribución a gran escala.

▼ En situaciones de emergencia, determinadas personas pueden correr más riesgo que otras. Por lo general, son las mismas personas cuya inseguridad alimentaria es agravada por el VIH/SIDA, y pueden incluir:

- hogares con mujeres, niños o ancianos como jefes de familia;
- familias que acogen a huérfanos;
- familias a cargo de un enfermo crónico.

▼ Aumentar el número y tipos de sitios donde se proporcionan alimentos. Se debería considerar la ampliación de actividades específicas a fin de proporcionar recursos adicionales para satisfacer las necesidades especiales de los hogares afectados por el VIH/SIDA, como escuelas, orfanatos, iglesias, hospitales, dispensarios de salud maternoinfantil y programas de atención domiciliaria.

▼ Prestar especial atención a aquellas comunidades que han sido particularmente afectadas por la pandemia y cuya seguridad alimentaria se ve amenazada por el VIH/SIDA.

▼ Para ayudar a identificar las zonas geográficas más gravemente afectadas, se deben analizar conjuntos de datos nacionales, así como aquellos provenientes de otros organismos

de las Naciones Unidas. También se pueden emplear otros indicadores adicionales a las tasas de prevalencia para ayudar a localizar las zonas de alta prevalencia. Entre los indicadores sustitutivos se encuentran:

- tasas de morbilidad y mortalidad,
- indicadores demográficos, y
- datos de los centros de salud sobre ITS, infecciones virales, tasas de TB y embarazos adolescentes.

Las evaluaciones de vulnerabilidad, realizadas en forma periódica, deberían confirmar la utilidad de estas variables sustitutivas.

▼ Para emergencias a gran escala, algunos organismos usan el concepto de “puntos conflictivos”, y llevan a cabo delimitaciones de las zonas donde los niveles de vulnerabilidad alimentaria se superponen a otros indicadores de vulnerabilidad, como tasas elevadas de prevalencia del VIH/SIDA. Otros indicadores de vulnerabilidad pueden ser:

- tasas elevadas o crecientes de emaciación y detenimiento del crecimiento;
- tasas elevadas o crecientes de problemas de salud asociados;
- infraestructura y servicios de asistencia sanitaria limitados;
- tasas incrementadas de deserción escolar;
- tasas elevadas de ITS, y
- restricciones operativas que pueden intensificar la vulnerabilidad de determinadas poblaciones (deficiente accesibilidad o carencia grave de capacidad de ejecución).

## ► Recursos clave

*WFP Southern Africa Implementation Strategy.*  
[www.wfpregs.org/bulletins/rep\\_programme.asp](http://www.wfpregs.org/bulletins/rep_programme.asp)

Programación en la era del SIDA: respuesta del PMA al VIH/SIDA, enero de 2003.  
[www.wfp.org/eb](http://www.wfp.org/eb)

*Food Security, Food Aid and HIV/AIDS: WFP Guidance Note.*

*Frequently Asked Questions on Food Security, Food Aid and HIV/AIDS. Information Sheet on Nutrition, Food Security and HIV/AIDS.*

Background Paper on HIV/AIDS and Orphans: *Issues and challenges for WFP. Food and Education: WFP's Role in Improving Access to Education for Orphans and Vulnerable Children in Sub-Saharan Africa.*

*Food Security, Food Aid and HIV/AIDS: Project Ideas to Address the HIV/AIDS Crisis.*

*WFP Food Distribution Guidelines, 2003.*  
(Versión provisoria)

ACNUR. 1997. *Commodity Distribution; a Practical Guide for Field Staff.* ACNUR, Ginebra. [www.unhcr.ch/](http://www.unhcr.ch/)

## Hoja de acción 5.2: Planificar las necesidades nutricionales y alimentarias para poblaciones con alta prevalencia del VIH

### ► Información de referencia

Esta Hoja de acción reseña los pasos requeridos para planificar las necesidades nutricionales y raciones de ayuda alimentaria en situaciones de emergencia con una alta prevalencia del VIH. En todas las situaciones de emergencia, es primordial un conocimiento del contexto local a la hora de planificar las raciones que alcancen eficazmente las metas de la intervención. Dos de los principales objetivos de la ayuda alimentaria en emergencias son:

- prevenir aumentos de la malnutrición;
- prevenir el exceso de mortalidad.

La pandemia del VIH/SIDA afecta directamente muchas de las causas de tanto la malnutrición como la mortalidad en situaciones de emergencia. Al poner en peligro las vidas de adultos en edad reproductiva, el VIH/SIDA exagera las cuatro causas subyacentes a la malnutrición infantil:

- acceso insuficiente a los alimentos,
- prácticas inadecuadas de atención materna e infantil
- deficiente suministro de agua/saneamiento; y
- servicios de salud inadecuados.

Por lo tanto, para que las operaciones de emergencia logren sus metas dirigidas a poblaciones con alta prevalencia del VIH/SIDA, se torna aún más crucial planificar

canastas de alimentos que reflejen en forma exacta las necesidades nutricionales y dietarias de la población.

Las personas que viven con el VIH/SIDA (PVVS) suelen tener necesidades dietarias y nutricionales especiales. La ingesta adecuada de calorías, proteínas y micronutrientes es fundamental para hacer frente al virus y combatir las infecciones oportunistas. En *WHO Expert Consultation on Nutrient Requirements for PLWHA* (mayo de 2003), la OMS recomendaba que se necesita un aumento del 10% en los requerimientos calóricos para mantener el peso corporal y actividad física en adultos infectados por el VIH asintomáticos. Esta proporción puede elevarse a 20 a 30% para adultos sintomáticos y hasta entre un 50 y un 100% para niños con infección y pérdida de peso aguda. Los datos disponibles al momento de la consulta no permitían recomendaciones específicas además de la ración diaria recomendada para las necesidades de proteínas, grasas o micronutrientes; sin embargo, el consumo adecuado tanto de proteínas como de grasas es crucial para las personas que viven con el VIH/SIDA.<sup>6</sup>

También existen datos que demuestran que casi todas las vitaminas y minerales afectan el sistema inmunitario o son afectadas por la infección. Si bien aún queda mucha investigación por realizar sobre las funciones específicas de los micronutrientes en la infección por el VIH, los estudios han revelado que determinados micronutrientes se asocian con resultados positivos, como una disminución en el ritmo de progresión de la enfermedad, lo cual reduce la mortalidad a causa de infecciones oportunistas o el VIH y reduce la incidencia de bajo peso al nacer entre embarazadas infectadas. Al planificar las raciones, se deben tener en cuenta las necesidades nutricionales especiales de las PVVS; en la siguiente sección se presentan acciones sugeridas.

## ► Acciones clave

En *Food and Nutrition Needs in Emergencies* de ACNUR/UNICEF/PMA/OMS se ofrece orientación detallada para la planificación de necesidades de nutrición y alimentos en casos de emergencias. Los pasos enumerados más abajo tienen por finalidad orientar la planificación de raciones y necesidades alimentarias como un componente de una respuesta mínima. También es importante que se lleven a cabo reevaluaciones periódicas y que la ración/canasta de alimentos se adapte en consecuencia, una vez que se establezca la situación.

Los efectos amplificantes que el VIH/SIDA puede tener sobre la malnutrición y la mortalidad en emergencias aumentan la importancia de las consideraciones nutricionales a la hora de diseñar las raciones para poblaciones con alta prevalencia del VIH/SIDA. En el cuadro a continuación, los posibles ajustes para poblaciones con una alta prevalencia del VIH/SIDA se resaltan en negrita.

### ▼ Calcular los requerimientos calóricos de la población

- La cifra inicial de planificación para los requerimientos calóricos es de 2.100 kilocalorías por persona por día.
- Modificar esta cifra hacia arriba o hacia abajo en función de los cuatro temas siguientes:

Población normal	Población con alta prevalencia del VIH/SIDA
<b>Temperatura</b> Si la temperatura es inferior a 20° C, aumente los requerimientos en 10 Kcal por cada 5° inferiores a 20° C.	
<b>Estado de salud o nutricional de la población</b> Si alguno de los dos es extremadamente deficiente, aumente los requerimientos calóricos en 100 a 200 Kcal.	Una prevalencia elevada del VIH/SIDA puede justificar el aumento de los requerimientos calóricos. Consúltese a un nutricionista (UNICEF, OMS, PMA) para determinar si es recomendable tal modificación.
<b>Distribución demográfica de la población</b> Si la distribución demográfica no es normal, probablemente se deban aumentar o disminuir los requerimientos calóricos.	El VIH/SIDA puede producir efectos significativos en la composición demográfica de una población que quizás deban tenerse en cuenta para la planificación de raciones. El Anexo 17 de las Necesidades Alimentarias y Nutricionales de las Directrices Interorganismos presenta un desglose de los requerimientos calóricos de subgrupos de población específicos por edad y por sexo que puede usarse para modificar los requerimientos.
<b>Niveles de actividad</b> Si la población participa en actividades de medianas a intensas, quizás deban aumentarse los requerimientos calóricos.	Con frecuencia, los niveles de actividad se subestiman en situaciones no relacionadas con refugiados. Las subestimaciones pueden tener efectos aún más perjudiciales en una población con mayores necesidades fisiológicas básicas.



▼ Elegir alimentos que reúnan los requerimientos de calorías, proteínas, grasas y micronutrientes de población. En general, se recomienda que las fuentes de proteína y grasas aporten entre un 10 y 12% y un 17% respectivamente del contenido calórico de la dieta.

*Nota: Al elegir alimentos, se debe tener presente que las proteínas, las vitaminas y los minerales son especialmente importantes para las personas con VIH/SIDA. Debe considerarse la inclusión de alimentos combinados fortificados con micronutrientes y/ cereales molidos y fortificados. La harina o el cereal molido es preferible a los cereales no molidos por la facilidad de preparación, consumo y digestión y porque reduce la carga del cuidador de trasladarse hasta un molino o triturar los granos.*

▼ Implantar acciones de vigilancia y seguimiento, recolección de datos y análisis.

*Nota: Durante la vigilancia, se debe prestar especial atención de incluir indicadores pertinentes al VIH/SIDA relacionados particularmente con la composición del hogar y mortalidad (fallecimientos de los padres, tasas brutas de mortalidad y tasas de mortalidad de menores de 5, fallecimiento de un integrante adulto de la familia, etc.) que puedan usarse durante el análisis para desagregar los efectos de la emergencia y la respuesta a la emergencia en hogares afectados por el VIH/SIDA.*

▼ Si fuera necesario, evaluar la capacidad de la población de obtener alimentos de otras fuentes y modificar la ración en consecuencia. Realizar la vigilancia de la situación posteriormente a las modificaciones.

### Ejemplo práctico:

#### La emergencia en África austral 2002-2003

Los efectos del VIH/SIDA en la inseguridad alimentaria han sido especialmente visibles durante la Crisis de África Austral. Tres de los seis países a los que apuntaba la respuesta a la crisis registraban tasas de prevalencia del VIH en adultos que superaban el 30% y los seis países presentaban tasas superiores al 12%. Como parte de la respuesta regional, se adoptó una ración de referencia que aportaba 2.198 kilocalorías, 12% de proteínas y 17% de grasas. Durante el proceso de calcular los requerimientos calóricos, se acordó aumentar la ración de 2.100 kcal. a 2.200 en reconocimiento de la alta prevalencia del VIH. La ración también incluía 100 g de alimentos combinados fortificados en reconocimiento de la importancia de vitaminas, minerales y proteínas para combatir las infecciones oportunistas. También se adoptó la fortificación de la harina de maíz con micronutrientes en el contexto de una importante ejercicio de molienda como elemento decisivo para abordar la dimensión relativa al VIH/SIDA de la emergencia. ¡La ayuda humanitaria funciona! La crisis en el sur de África evoluciona y también lo hace la respuesta. Se ha impedido una crisis alimentaria, gracias a la respuesta oportuna de las Naciones Unidas, gobiernos, donantes y ONG asociadas. Sin embargo, la crisis continúa en la región. África austral posee las tasas más altas del mundo de prevalencia del VIH/SIDA en adultos, lo cual socava los mecanismos de supervivencia y recuperación de las personas. Se necesita una respuesta concertada, radical y de largo plazo para hacer frente a este desafío.

#### Ración de referencia para África austral

Cereales: 400 g

Legumbres: 60 g

Aceite: 20 g

Alimento combinado fortificado: 100 g

Las pautas mencionadas se orientan principalmente a la planificación de necesidades alimentarias y nutricionales asociadas con una ración general. Sin embargo, muchas de las mismas consideraciones también se aplican al momento de diseñar otros tipos de actividades relacionadas con los alimentos en situaciones de emergencia.

► **Recursos clave**

*Pivovz E. and Preble E.A., HIV/AIDS and Nutrition: A review of the literature and recommendations for nutritional care and support in sub-Saharan Africa.* 2000. Academy for Educational Development. Washington, DC. [www.enonline.net/fex/13/rs5-2.html](http://www.enonline.net/fex/13/rs5-2.html)

*Food and Nutrition Technical Assistance (FANTA).* 2001. *HIV/AIDS: A Guide for Nutrition, Care, and Support.* [www.fantaproject.org/inc\\_features/hiv.htm](http://www.fantaproject.org/inc_features/hiv.htm)

ACNUR/UNICEF/PMA/OMS. 2003. *Food and Nutrition Needs in Emergencies.*

Comité Permanente de Nutrición del Sistema de las Naciones Unidas 2001. *Nutrition and HIV/AIDS: Informe de del Simposio de la 28ª Sesión celebrado el 3 y 4 de abril de 2001, Nairobi, Kenya.* [www.unsystem.org/scn/](http://www.unsystem.org/scn/)

### Hoja de acción 5.3: Promover atención y prácticas de alimentación apropiadas para PVVS

#### ► Información de referencia

En contextos de emergencia y otros ámbitos también, las personas que viven con el VIH/SIDA tienen necesidades específicas desde el punto de vista de atención y nutrición. Al reforzar el sistema inmunitario, una nutrición adecuada es fundamental para la salud y ayuda al cuerpo a protegerse de las infecciones. Haya o no ayuda alimentaria disponible, una dieta mejor puede contribuir a la mejora o conservación del estado nutricional. Esto se convierte en una considerable dificultad en las emergencias, puesto que las personas generalmente se enfrentan a situaciones de vida drásticamente diferentes.

En los países en vías de desarrollo, la atención de PVVS se proporciona a través de familiares y organizaciones comunitarias que trabajan mediante redes de voluntarios. En situaciones de emergencia, se necesita este apoyo más que nunca, pero estos sistemas de atención con frecuencia se encuentran alterados. Se deben realizar esfuerzos por rehabilitar los sistemas de atención según sea posible, fortaleciéndolos a través de capacitación práctica y apoyo y por promover la creación de nuevos sistemas. Al emprender la distribución de ayuda alimentaria para PVVS durante emergencias, se debe proceder con mucha prudencia para asegurar que no ocurran celos y resentimiento hacia las PVVS a través de dicha “discriminación positiva”. Las redes existentes pueden resultar de utilidad en este aspecto. A menudo, las

instituciones locales (en particular los servicios de salud) no cuentan con capacitación o información sobre educación nutricional para PVVS y no saben qué asesoramiento brindar a PVVS o familiares.

#### ► Acciones clave

▼ Identificar instituciones locales y personas (centros de salud, escuelas, asistentes sociales, ONG) que actúan en la zona, así como materiales informativos relevantes.

▼ Evaluación rápida por parte de personal local (miembros de ONG, entre ellos, profesionales, agentes sanitarios, agentes de extensión) de:

- sistemas de atención existentes para enfermos crónicos,
- los efectos de la crisis en estos sistemas,
- estrategias de supervivencia,
- necesidades de capacitación, y
- lagunas informativas.

▼ Adaptación a las necesidades y posibilidades locales de las directrices genéricas existentes sobre “cuidados nutricionales”.

▼ Desarrollo de la capacidad (que incluya enfoques participativos y técnicas de comunicación) del personal local pertinente, quien a su vez podrá informar y brindar asistencia a cuidadores y trabajadores comunitarios o movilizadores sociales respecto a:

- las necesidades especiales de alimentación de las PVVS,
- las maneras de hacer frente a las complicaciones del VIH/SIDA,
- el cuidado de las PVVS,
- remedios y tratamientos a base de hierbas.

▼ El fortalecimiento de las redes de atención comunitaria incluye:

- la identificación y el desarrollo de capacidad de voluntarios de la comunidad;

- incorporación de los cuidados nutricionales para PVVS en los programas de instituciones locales pertinentes (salud, educación, nutrición, rehabilitación) y
- creación de sistemas de referencia y apoyo para los sistemas de atención comunitaria.

► **Recursos clave**

Aprender a vivir con el VIH/SIDA: Manual sobre cuidados y apoyo nutricionales a los enfermos de VIH/SIDA FAO/OMS, 2002.

### Hoja de acción 5.4: Apoyar y proteger la seguridad alimentaria de hogares y comunidades afectados por el VIH/SIDA y en riesgo de contraerlo

#### ► Información de referencia

El VIH/SIDA debilita los hogares y las comunidades. La epidemia trastoca los medios de vida, ya que afecta las actividades productivas y aumenta la proporción de dependencia en los hogares (debido a la enfermedad y los huérfanos), todo lo cual deriva en un agravamiento de la inseguridad alimentaria y la malnutrición.

En consecuencia, es importante que las actividades y los proyectos de respuesta ante emergencias presten especial atención a la protección y promoción de la seguridad alimentaria de hogares y comunidades afectados y en riesgo, combinando intervenciones de asistencia agrícola y alimentaria con ayuda alimentaria y educación nutricional. La pobreza, la inseguridad alimentaria crónica, el VIH/SIDA y las situaciones de emergencias son fenómenos que se agravan mutuamente, y así se generan escenarios complejos que demandan respuestas intersectoriales, comprometidas e integradas. En situaciones de emergencia, la epidemia del SIDA presenta un riesgo y una carga adicionales a las comunidades y los hogares y exacerba la vulnerabilidad existente y deteriora las perspectivas de recuperación.

#### ► Acciones clave

- ▼ Estudiar las evaluaciones existentes de necesidades agrícolas y alimentarias con el objeto de identificar los grupos poblacionales con mayor inseguridad alimentaria, sus principales limitaciones y estrategias de supervivencia, prestando atención especial a las cuestiones de género.
- ▼ Apuntar a aquellos hogares que se sabe que están afectados por el VIH/SIDA para complementar sus dietas.
- ▼ Lograr un conocimiento profundo<sup>8</sup> de las limitaciones y estrategias específicas de hogares y comunidades afectados por el VIH/SIDA. Entre las limitaciones se incluyen limitaciones laborales, pérdida de conocimiento, tendencias en consumo de alimentos, necesidades de atención y dimensiones de género.
- ▼ Identificar posibles intervenciones de asistencia agrícola y alimentaria de emergencia, como:
  - producción agrícola, que incluye agricultura de conservación; jardinería hogareña o comunitaria; cría de ganado pequeño;
  - acceso a insumos a través de la entrega de vales o cupones a los hogares más vulnerables para que puedan adquirir insumos prioritarios (semillas, herramientas, ganado pequeño y servicios veterinarios básicos) de las ferias de insumos;
  - integrar la agricultura en la atención domiciliaria con metodologías de mano de obra intensiva;
  - elaboración de alimentos en pequeña escala que pueda fortalecer la resistencia de estos grupos y ofrecer alternativas a los comportamientos de riesgo.

- ▼ Proporcionar insumos adecuados, capacitación y asistencia técnica a las instituciones locales (especialmente ONG) con vistas a proteger y fomentar la seguridad alimentaria en el hogar y, a la vez, asegurar y facilitar tareas de reproducción básica y aumentar la seguridad.
- ▼ Asegurar la participación de los jóvenes —niñas, mujeres jóvenes, huérfanos y niños soldados desmovilizados— en las actividades de educación y capacitación que complementan la producción de alimentos, la economía doméstica y la educación sobre nutrición.
- ▼ Identificar los puntos de partida para la vinculación de las intervenciones de respuesta mínima con seguridad alimentaria a largo plazo, políticas de medios de vida y programas a nivel local y nacional.
- ▼ Vigilar las intervenciones en forma periódica mediante la inclusión sistemática de consideraciones del VIH/SIDA.

## ► Recursos clave

*Incorporating HIV/AIDS considerations into food security and livelihoods projects*, FAO 2003.

<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/004/y5128E/y5128E00.pdf>

*Guidelines for emergency needs assessment* (borrador).

*Pocket book on integrating HIV/AIDS considerations into food security and livelihoods projects*, FAO HIV/AIDS programme.

<ftp://ftp.fao.org/docrep/fao/007/y5575e/y5575e00.pdf>

Sitios web:

<http://www.fao.org/hiv aids/>

[http://www.fao.org/es/esn/nutrition/household\\_hiv aids\\_en.stm](http://www.fao.org/es/esn/nutrition/household_hiv aids_en.stm)

## Hoja de acción 5.5: Distribuir ayuda alimentaria a hogares y comunidades afectados

### ► Información de referencia: distribuciones generales de alimentos

Esta Hoja de acción reseña las opciones existentes para los organismos a cargo de distribuciones de alimentos. La información incluida en el presente documento relativa a dirigir el accionar hacia familias y comunidades afectadas por el VIH se brinda con el fin de orientar la elección de modalidades de distribución.

En emergencias con necesidades alimentarias a gran escala, la mejor manera de brindar apoyo nutricional a la enorme cantidad de personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA es a través de las distribuciones generales de alimentos. La modalidad de distribución depende del objetivo de la distribución y de la población destinataria. El tamaño de la ración debe definirse antes del proceso de registro. La ejecución de la distribución de alimentos y las modalidades de distribución deben planificarse de manera tal que el tamaño de ración real no difiera en forma considerable de la planificada originalmente.

### ► Acciones clave

▼ Examinar las estrategias operativas con los asociados para determinar las mejores opciones posibles, teniendo en cuenta tanto las necesidades de la gente como la factibilidad de actividades de registro a gran escala. Los perfiles demográficos, en particular las zonas afectadas por el VIH/SIDA, resultan útiles para asegurar

que los métodos de distribución sean justos con las familias que presentan altas proporciones de dependencia.

▼ En el formulario de registro, especificar la composición real de cada hogar. La información debería incluir el número total de beneficiarios, por edad y sexo. Adaptar las modalidades de distribución en consecuencia.

▼ En los casos en que no sea posible un registro detallado, las distribuciones deberían basarse en el tamaño promedio de grupo familiar. Esta cifra debe concordar con los patrones demográficos nacionales. Trimestralmente, deberían llevarse a cabo encuestas de prueba para establecer datos indicativos sobre beneficiarios.

▼ La elección de un puesto de distribución y su distancia de los hogares es importante, en particular para familias encabezadas por niños y ancianos, porque el acarreo de una ración (mensual) grande puede resultarles difícil. Siempre que sea factible, debe contemplarse la posibilidad de raciones más pequeñas (para dos semanas) a fin de reducir la cantidad a transportar.

### ► Información de referencia: programas de alimentación escolar en emergencias

Incluso en las emergencias más complejas, en muchos casos, las escuelas siguen funcionando. La provisión de comida a los escolares mitiga el hambre, estimula la inscripción, asistencia y desempeño, y ayuda a reducir el número de escolares que abandonan sus estudios. La provisión de comida también puede ofrecer una muy necesaria red de seguridad para los niños de hogares que no están incluidos en programas de distribución general de alimentos, con lo cual se asegura que recibirán al menos un plato nutritivo por día. Asimismo, mantener a los niños en la escuela representa una alternativa a actividades perniciosas o destructivas de supervivencia y los ayuda a prepararse para un futuro productivo.

## ► Acciones clave

▼ Establecer puestos centinela. Se puede recurrir a la recolección de datos cualitativos y un sistema de vigilancia, que cotejen las tasas de escolaridad y de deserción en forma periódica, con el objeto de revelar las tendencias de escolaridad a través del tiempo. La recolección de información debe llevarse a cabo en estrecha colaboración con UNICEF y asociados locales.

▼ En zonas con una alta prevalencia del VIH, es probable que deban reverse los horarios escolares para tomar en cuenta las responsabilidades de cuidado.

▼ Los programas de alimentación escolar normalmente requieren inversiones para crear cocinas, instalaciones sanitarias y suministro de agua adecuados y para adquirir combustible y utensilios para la preparación y consumo de comidas. Además, se necesitan enfoques participativos para lograr la participación de asociaciones de padres y profesores (APP), comunidades y hogares en el establecimiento de instalaciones de mantenimiento de suministros y en la preparación misma de las comidas. La distribución y consumo de comidas también puede alterar las actividades educativas si no se planifica con cuidado.

La alternativa a la distribución de *porridge* (crema de cereal caliente) y/o comidas es la distribución de bizcochos. En emergencias, los bizcochos a menudo constituyen la única opción, por los siguientes motivos:

- no requieren cocción ni utensilios, aunque comerlos sí requiere un mínimo de agua limpia e instalaciones sanitarias;
- no interrumpen las clases; se pueden comer cantidades considerables durante todo el día bajo la supervisión del docente;
- pueden retirarse paulatinamente tan pronto como las tasas de inscripción regresen a la normalidad, sin producir

efectos perjudiciales en el sistema de educación general; y

- pueden ser sustituidos por programas de recuperación a más largo plazo sin afectar los requerimientos críticos de sostenibilidad.

## ► Información de referencia: alternativas a los programas de alimentación escolar para huérfanos y otros niños vulnerables

La penosa situación de los niños huérfanos demanda intervenciones a gran escala. Los niños que reciben escasa orientación o supervisión de adultos probablemente tengan poco contacto con aptitudes sociales o para la vida y quizás adolezcan de cualquier conocimiento intergeneracional, como técnicas agrícolas básicas. Se pueden proporcionar alimentos a niños huérfanos que asisten a escuelas y grupos de escucha de la comunidad en la misma forma que se ofrecen alimentos mediante programas de alimentación escolar. Tales intervenciones garantizan que el máximo número de huérfanos y niños vulnerables con inseguridad alimentaria reciba alguna forma de educación y que los niños mayores puedan convertirse autosuficientes en un futuro cercano.

## ► Acciones clave

Existen varios principios de programación que sirven de lineamiento para la alimentación de huérfanos y otros niños vulnerables:

- Las intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar de huérfanos no deben excluir a los niños cuyos padres aún están vivos pero aquejados por la enfermedad.
- Llegar a los niños vulnerables (por ejemplo, mediante la alimentación escolar) antes de que queden huérfanos puede contribuir a mantenerlos en la escuela y a salvo.
- Cuando se apunta específicamente a los huérfanos fuera de un programa institucional como alimentación escolar, la



ayuda alimentaria debe proporcionarse a todo un grupo familiar y no solamente a los huérfanos a quienes se cuida en ese hogar. Esto evitará que las raciones de comida preparadas para una persona sean compartidas por una familia entera. Esta asistencia material para familias de acogida y extensas puede aliviar la carga colectiva que representa el cuidado de huérfanos, lo que derivará en una mayor anuencia de las familias a incorporar huérfanos.

### ► Información de referencia: atención domiciliaria

El apoyo para los programas de atención domiciliaria en situaciones de emergencia resulta fundamental porque:

- los programas de atención domiciliaria limitan el riesgo de infecciones oportunistas; y
- la ayuda alimentaria que se ofrece a través de programas de atención domiciliaria también es crucial para hogares que han comenzado a experimentar inseguridad alimentaria. En su mayoría, los programas de atención domiciliaria están organizados en torno a una red comunitaria.

### ► Acciones clave

Los organismos de ayuda alimentaria deberían brindar apoyo nutricional a personas y familias infectadas y afectadas por el VIH/SIDA. Este apoyo incluye alimentos fortificados combinados o cereales fortificados junto con una canasta de alimentos equilibrada para una nutrición óptima.

Algunos de las cuestiones a considerar son:

- la elección de productos alimenticios suplementarios;
- el importante papel que cumplen los voluntarios en comunidades gravemente golpeadas por la pandemia del VIH/SIDA al prestar servicios esenciales y apoyo psicosocial a los enfermos crónicos y sus familias. Los organismos de ayuda alimentaria pueden optar por entregar las raciones de alimentos a los voluntarios; así, los ayudarán a contrarrestar la necesidad de buscar comida en otra parte y les dejará más tiempo libre para servir a sus comunidades. Sin embargo, es importante cerciorarse de que esta ayuda no cree dependencia y socave el mismo espíritu asociado con el voluntariado;
- direccionamiento cuidadoso y colaboración estrecha con organizaciones de base comunitaria; Las ONG locales son determinantes para asegurar el éxito de las actividades en este tema.

## ► Recursos clave

*WFP Southern Africa Implementation Strategy.*  
[www.wfpregs.org/bulletins/rep\\_ programme.asp](http://www.wfpregs.org/bulletins/rep_programme.asp)

Programación en la era del SIDA: respuesta del PMA en la lucha contra el VIH/SIDA, enero de 2003. Disponible en el sitio web del PMA: [www.wfp.org/eb](http://www.wfp.org/eb)

*Information Sheet on Nutrition, Food Security and HIV/AIDS.*

*Background Paper on HIV/AIDS and Orphans: Issues and challenges for WFP. Food and Education: WFP's Role in Improving Access to Education for Orphans and Vulnerable Children in Sub-Saharan Africa.*

*Food Security, Food Aid and HIV/AIDS: Project Ideas to Address the HIV/AIDS Crisis.*

*WFP Food Distribution Guidelines, 2003.*  
(Versión provisoria)

ACNUR. 1997. *Commodity Distribution; a Practical Guide for Field Staff.* ACNUR, Ginebra.<sup>9</sup> [www.unhcr.ch/](http://www.unhcr.ch/)

## Hoja de acción 6.1: Establecer sitios diseñados en forma segura

### ► Información de referencia

Emplazamientos aptos, bien seleccionados y planificados sensatamente con refugio adecuado y una infraestructura integrada y apropiada resultan esenciales en las primeras etapas de una emergencia, ya que salvan vidas y reducen el sufrimiento. Los emplazamientos en emergencias pueden adoptar la forma de asentamientos dispersos, alojamiento masivo en refugios existentes o campamentos organizados. Las decisiones iniciales sobre ubicación y distribución repercuten durante todo el ciclo vital de un emplazamiento, incluidos los efectos a largo plazo sobre la protección y la prestación de ayuda humanitaria.

El objetivo de las intervenciones para elección de emplazamientos, refugios y planificación física es satisfacer las necesidades sociales primarias y físicas de personas, familias y comunidades por un espacio para vivir seguro, libre de riesgos y confortable. En el proceso se debe incorporar tanta autosuficiencia y autogestión como sea posible.

### ► Acciones clave

Donde existan centros de tránsito, se debe prestar especial atención a la vulnerabilidad de los niños separados, especialmente las niñas y los hogares encabezados por mujeres; se deben aplicar medidas de protección para ellas. Debe crearse un lugar seguro específico dentro del emplazamiento para niños separados,

adolescentes y hogares encabezados por mujeres.

La planificación de un emplazamiento se basa en el entendimiento de la situación de emergencia y en un claro análisis de las necesidades que tienen las personas de albergue, vestimenta y enseres domésticos. Las acciones e indicadores clave son:

- ▼ Establecer un equipo que siga procedimientos aceptados internacionalmente. (Consúltense las normas en las referencias).
- ▼ Establecer un equipo multisectorial, compuesto por especialistas en agua y saneamiento, nutrición, alimentos, refugios y salud; autoridades locales; hombres y mujeres pertenecientes a la población afectada; y las distintas organizaciones humanitarias que respondan a la crisis.
- ▼ Reunir información coherente.
- ▼ Elaborar perfiles de la población afectada: perfil demográfico (sexo, edad, grupo social), medios tradicionales de uso de la tierra, conocimientos prácticos de edificación, métodos de construcción, evaluación del espacio público/privado, cocción y almacenamiento de alimentos, cuidado infantil y prácticas de higiene, tipo de refugio, riesgos para la seguridad asumidos y reales y posibles.
- ▼ Efectuar evaluaciones de necesidades de los grupos en riesgo. Es necesario prestar especial atención a los grupos vulnerables, hogares encabezados por mujeres y niños y adolescentes separados de sus padres.
- ▼ Evaluar la infraestructura y los recursos locales: nivel y condición de los caminos de acceso, cantidades de madera requeridas para combustible y construcción, maquinarias pesadas disponibles en la zona.
- ▼ Evaluar la información física. Debería incluir la topografía del terreno disponible

y apta para asentamiento y agricultura, la variedad y adaptabilidad de protección de las posibles fuentes de agua, las zonas ambientales vulnerables, las variaciones estacionales y las enfermedades endémicas.

▼ Realizar un informe de evaluaciones que incluya toda la información mencionada.

▼ Poner los hallazgos de la evaluación a disposición de otros sectores, autoridades nacionales y locales, organismos participantes y hombres y mujeres representantes de la población afectada.

Es importante alentar la participación de mujeres en el diseño y la puesta en práctica de la planificación de emplazamientos y refugios. Esto permitirá asegurar que ellas y todos los integrantes de la familia cuenten con acceso a refugio, vestimenta, materiales de construcción, equipos de producción de alimentos, servicios de salud, servicios comunitarios y otros elementos esenciales. Se debe consultar a las mujeres sobre seguridad y privacidad, fuentes y medios de obtención de combustible para cocinar y calefaccionar y acceso a vivienda y suministros. Se necesitará atención específica para responder a la violencia de género, incluida la explotación sexual.

Es probable que algunos miembros de los grupos vulnerables no puedan diseñar y construir su refugio. Se deben tomar medidas concretas para asegurar que la comunidad les brinde asistencia.

Los puntos clave para refugios y planificación de emplazamientos:

- Ubicar a las familias con enfermos crónicos y hogares encabezados por niños más cerca de las instalaciones.
- Prestar atención a la distancia hasta el suministro de agua. No debería haber más

de 500 metros desde cualquier refugio hasta el punto de agua.

- Usar módulos sanitarios separados para mujeres y hombres. Desarrollar módulos sanitarios familiares individuales para las familias. (Un máximo de 20 personas por módulo sanitario y a una distancia no mayor que 50 metros de las viviendas).
- Prestar atención a la distancia hasta el puesto de salud.
- Prestar atención a las distancias hasta otros servicios comunales, como mercados, lugares de culto, centros comunitarios, arboledas, áreas de esparcimiento, cementerios y áreas de eliminación de residuos sólidos.
- Asegurar la seguridad y protección.
- Brindar apoyo a los grupos que no pueden construirse sus propios refugios.
- Capacitar a mujeres y adolescentes para que participen en las actividades de construcción.

#### ► Recursos clave

Manual para situaciones de emergencia – Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados 1999. Parte 3, Capítulo 12, Página 132.

Carta Humanitaria y Normas mínimas de respuesta Humanitaria en casos de desastre – El Proyecto Esfera 2000. Parte 2, Capítulo 4, Página 171.

## Hoja de acción 7.1: Asegurar el acceso a atención básica de la salud para los más vulnerables

### ► Background

En tiempos de crisis, los servicios de salud a menudo se ven gravemente afectados y se desestabilizan con facilidad. Colapsan los sistemas de información sanitaria, disminuye la cobertura de salud, se dificulta la comunicación, se fragmentan los datos y es escasa la normalización. El coordinador sanitario debe asegurarse de que los dispensadores de salud (médicos, auxiliares médicos, personal de enfermería, nutricionistas) estén capacitados para brindar la atención adecuada y cuenten con el equipo y los insumos necesarios. La falta de coordinación, la superpoblación de actores, las limitaciones de seguridad, y las prioridades contrapuestas contribuyen a ampliar la brecha entre las necesidades en aumento y los recursos en disminución.

### ► Acciones clave

Es necesario llevar a cabo una evaluación rápida con el fin de analizar el estado de los servicios de salud, incluidas la disponibilidad, la capacidad y la accesibilidad.

#### ▼ Evaluar la disponibilidad y la capacidad.

Se debe incluir lo siguiente:

- un análisis de los edificios donde se brindan servicios de salud (los que aún se encuentran físicamente en el lugar);
- la cantidad de esos centros que funcionan por población;

- una lista del número y las calificaciones del personal médico en cada uno de los establecimientos (médicos, auxiliares médicos, personal de enfermería);
- una lista del personal de salud que trabaja en los pueblos locales y en campos de refugiados y/o poblaciones desplazadas internamente (PDI);
- una evaluación de la variedad de servicios que se brindan (atención, centros de diagnóstico, PAI, SMI) y su calidad;
- la identificación de un hospital de referencia para la derivación de casos graves y la confirmación por laboratorio si es necesario; y,
- una evaluación de la disponibilidad de fármacos y equipo médico.

#### ▼ Evaluar la accesibilidad de los servicios sanitarios.

(que se basa también en la información mencionada)

- cuáles y cuántos centros de salud son accesibles;
- comparación de la cantidad y el tipo de consultas por mes (realidad versus expectativa);
- encuesta por hogar del acceso a los establecimientos con el fin de analizar las razones para la limitada utilización.

Entre los motivos de utilización (o infrautilización) se pueden incluir:

- la infraestructura (camino, transporte);
- la seguridad;
- los costos asociados (viaje, servicios, tratamiento);
- el salario del personal médico;
- la falta de equipos/insumos;
- la calidad deficiente de los servicios que se suministran.

#### ▼ Analizar la situación de la salud pública.

Debería recopilarse rápidamente información de la salud pública. Esto incluye información de la situación anterior a la crisis,

específicamente las cuestiones relacionadas con la salud pública, las enfermedades contagiosas de importancia (epidemias, enfermedades endémicas) y la capacidad.

Las inquietudes actuales incluyen:

- el riesgo de epidemias de enfermedades contagiosas;
- presencia en el área de otras enfermedades endémicas (cólera, meningitis, otras enfermedades);
- la estacionalidad de enfermedades como el paludismo, el cólera;
- las condiciones y el estado del suministro de agua y saneamiento;
- el estado de la población en cuanto a seguridad alimentaria; y
- la presencia de cualquier otra enfermedad que acelere la propagación de enfermedades.

Las enfermedades más frecuentes a preverse en un área afectada por una emergencia son:

- las enfermedades diarreicas
- las infecciones respiratorias agudas, incluida la tuberculosis
- el paludismo,
- el sarampión
- la malnutrición
- las ITS

#### ▼ Identificar a los más vulnerables.

Entre las personas que necesitan acceso a los centros de salud, algunas son especialmente vulnerables. En general, los niños y las mujeres son los más gravemente afectados por una crisis. Sin embargo, no se debe pasar por alto a las personas mayores, los discapacitados, los enfermos crónicos y los que viven o están afectados por el VIH/SIDA. Los más vulnerables son los desconocidos y los olvidados.

- Sensibilizar a una ONG y a funcionarios de organismos para que reconozcan la vulnerabilidad y desarrollen los mecanismos para tratar a las mujeres y los niños víctimas de abusos, separados, huérfanos o de lo contrario en situación de vulnerabilidad.

#### ▼ Brindar servicios sanitarios en diferentes niveles.

Una vez que se evaluó la situación de la salud pública, es posible tomar una decisión sobre si los servicios de salud pública están en condiciones de afrontar las demandas de su capacidad. Si no es posible reforzar las instalaciones existentes para satisfacer las demandas, es necesario elaborar planes alternativos. A menos que se suministre tratamiento en el nivel correcto, la población en demanda de atención por dolencias simples desbordará la capacidad de los hospitales y centros de salud. De ahí que es necesario un servicio de salud de base comunitaria para identificar a las personas con verdadera necesidad de asistencia sanitaria además de orientarlas hacia el servicio de salud correspondiente. Por este motivo es primordial la coordinación con los servicios de salud comunitarios.

La asistencia sanitaria a nivel comunitario (dispensarios, puestos sanitarios) deben constituir el punto de partida de los servicios de salud, desde el mismo comienzo de una emergencia. El personal local que se reclute deberá pertenecer a la comunidad afectada. En este nivel, los agentes sanitarios de la comunidad brindarán servicios de extensión.

Un centro de salud debe brindar apoyo a los dispensarios y manejar todos los casos médicos, obstétricos y quirúrgicos, a excepción de los más complejos. El lugar puede contar con un laboratorio base y una farmacia central.

En el nivel más alto, habrá un servicio de derivación (hospital) que recibirá a los pacientes de los centros de salud para brindarles atención obstétrica y quirúrgica de emergencia, así como tratamiento para enfermedades graves, servicios de laboratorio y radiología. Este hospital de derivación puede ser un hospital local que recibirá financiación y será ampliado para los servicios que se suministren vinculados con las emergencias. Sólo será necesario designar un

hospital especial cuando el hospital nacional local no pueda satisfacer las necesidades.

- ▼ **Sustentar los servicios sanitarios locales.**
  - Brindar atención de la salud conforme a las directrices nacionales o distritales.
  - Colaborar con otras ONG y estructuras sanitarias del distrito existentes relacionadas con la salud.
  - Evitar la duplicación de los servicios.
  - Tener en cuenta la futura integración de los servicios.

► **Recursos clave**

Manual para situaciones de emergencia.  
ACNUR.





## Hoja de acción 7.2: Precauciones universales

### ► Información de referencia

Es necesario que las medidas que se tomen para el control de infecciones durante las crisis sean prácticas de implantar y hacer cumplir, ya que las personas que trabajan bajo presión tienen más probabilidades de sufrir accidentes laborales y escatimar esfuerzos en las técnicas de esterilización. Las precauciones universales son un conjunto normalizado y sencillo de procedimientos que han de utilizarse en todo momento en la atención de todos los pacientes, con el objeto de reducir al mínimo el riesgo de transmisión de los agentes patógenos presentes en la sangre. Estos procedimientos son esenciales en la prevención de la transmisión del VIH de paciente a paciente, de agente sanitario a paciente y viceversa.

El principio que rige el control de la infección por VIH y otras enfermedades que pueden transmitirse por la sangre, productos sanguíneos y líquidos corporales establece que debe suponerse que todos los productos sanguíneos son potencialmente infecciosos.

### ► Acciones clave

#### ▼ Colocar el énfasis en las precauciones universales.

En la primera reunión de los coordinadores sanitarios, se debe enfatizar la importancia que tienen las precauciones universales en la prevención de la propagación del

VIH/SIDA en el contexto de la atención de la salud.

Suministrar protocolos de tratamiento y pautas claras que reduzcan, en la mayor medida posible, los procedimientos innecesarios. Por ejemplo:

- Siempre que sea posible, se deben reemplazar los tratamientos intravenosos e intramusculares por medicamentos de administración oral.
- Se deben reducir a un mínimo absoluto las transfusiones de sangre; es preferible usar soluciones sustitutas de volumen.

La implementación de los procedimientos para las precauciones universales, incluidos el pedido y la distribución de insumos, desinfectantes y ropa de protección necesarios debe comenzar lo antes posible y, en cuanto la situación se haya estabilizado, controlarse y evaluarse.

#### ▼ Lavarse las manos.

Es necesario que los centros de salud cuenten con los servicios suficientes para el lavado frecuente de las manos. Las manos deben lavarse con agua y jabón, en especial después de estar en contacto con líquidos corporales o heridas.

#### ▼ Utilizar barreras protectoras para evitar el contacto directo con la sangre y los líquidos corporales.

Se debe garantizar el suministro suficiente de guantes en todos los centros de atención de la salud para todos los procedimientos que impliquen el contacto con sangre u otros líquidos corporales potencialmente infecciosos. Los guantes deberán desecharse después de cada paciente; si esto no es posible, se pueden lavar o esterilizar antes de volver a utilizarlos. El personal que manipule materiales de desecho y objetos punzantes para su eliminación debe usar guantes de alta resistencia.

Si existe en el lugar la posibilidad de contacto con grandes cantidades de sangre, se debe

disponer de ropa de protección como batas y delantales resistentes, mascarillas, gafas protectoras y botas.

El virus que causa el VIH/SIDA puede vivir y reproducirse sólo en una persona con vida. Por lo tanto, después del fallecimiento de un individuo infectado por el VIH, el virus también morirá. Sin embargo, al manipular cadáveres, el personal debe protegerse las manos con guantes y cubrirse las heridas en las manos o los brazos con un parche o vendaje. Esto es especialmente importante ante la presencia de líquidos corporales.

#### ▼ Promover la manipulación y eliminación cuidadosa de los objetos punzantes.

Los objetos punzantes deben manipularse con extremo cuidado. Jamás deben pasarse directamente de una persona a otra y su uso debe ser el indispensable. No se debe volver a colocar a mano el capuchón en las agujas usadas; no deben retirarse a mano las agujas usadas de jeringas descartables; y, no deben doblarse, quebrarse o manipularse de ninguna otra forma las agujas usadas. Las jeringas y agujas descartables, las hojas de bisturís y otros objetos punzantes deben colocarse en recipientes resistentes a perforaciones para su eliminación. Los recipientes resistentes a perforaciones deben estar bien accesibles y a mano, fuera del alcance de los niños. Jamás deben arrojarse los objetos punzantes a recipientes o bolsas ordinarias de residuos, sobre pilas de residuos o dentro de fosas de desechos o letrinas.

#### ▼ Promover la descontaminación segura de los instrumentos.

Los esterilizadores a presión de vapor se usan para la higiene del instrumental médico, después de su utilización en diferentes pacientes. Los instrumentos deben higienizarse y someterse a desinfección de alto nivel (DAN) en el caso de no poder realizar esterilización o de que los instrumentos sean sensibles al calor. El VIH queda inactivo cuando se lo hierve durante 20 minutos o se lo sumerge en soluciones

químicas, como por ejemplo, una solución de hipoclorito al cinco por ciento o una solución de glutaraldehído al dos por ciento durante 20 minutos.

#### ▼ Eliminar los desechos contaminados en condiciones de seguridad.

Se deberán usar guantes de alta resistencia cuando se esté en contacto con materiales y objetos punzantes para su eliminación. Como una cuestión rutinaria, se deben lavar las manos con agua y jabón después de quitarse los guantes en caso de que los mismos presenten perforaciones diminutas.

Es necesario que existan instalaciones para la eliminación segura de desechos humanos, entre los que se incluyen la placenta y los apósitos. Para eso, los incineradores son la alternativa adecuada.

Es necesario reconocer que las personas (incluidos los niños pequeños) escarban en la basura en su lucha por sobrevivir; por consiguiente, la eliminación segura resulta una consideración de vital importancia. Los materiales de desecho deben quemarse y los que aún constituyen una amenaza, como los objetos punzantes, deben enterrarse en una fosa profunda (al menos a 9 metros de distancia de una fuente de agua).

#### ▼ Vigilar

Se debe supervisar a los miembros del personal con el fin de garantizar su observancia en cuanto al uso de las precauciones universales. Además, deberá vigilarse el pedido y la distribución de los suministros necesarios relacionados con las precauciones universales, como los desinfectantes y la ropa de protección, y luego realizar una evaluación tan pronto se haya estabilizado la situación.

#### ▼ Tratar las lesiones en el trabajo.

Véase la Hoja de acción 10.2 sobre la profilaxis posexposición (PPE) para personal de organizaciones humanitarias.

### ▼ Personal capacitado

El personal sanitario, los encargados de mantenimiento y los de la limpieza deben tener una noción cabal de los principios de las precauciones universales, conocer los riesgos ocupacionales y emplear las precauciones universales con todos los pacientes y en toda circunstancia.

### ▼ Suministros

Los suministros a continuación son el mínimo recomendado para la prevención la transmisión de virus hematógenos, como el VIH. Para calcular la cantidad de suministros necesarios, consulte el nuevo kit para situaciones de emergencia *New Emergency Health Kit 98*.

Equipos
Agujas y jeringas descartables
Cajas de quemado
Esterilizadores a presión en todos los centros de atención sanitaria
Incineradores sencillos y fosas para enterrar desechos (vinculados)
Guantes de goma de alta resistencia, guantes reutilizables, guantes estériles, etc.
Mascarillas, batas, gafas protectoras
Botas de goma
Sábanas de goma
Jabones, desinfectantes

► **Recursos clave** necesarios para las precauciones universales

### ▼ Información adicional

*MMWR Morb Mortal Wkly Rep* (Informe semanal de morbilidad y mortalidad) 1988; 37(24): 377-88.

El curso de prevención de infecciones de Engender Health en [www.engenderhealth.org/res/onc/about/about-ip.html](http://www.engenderhealth.org/res/onc/about/about-ip.html)

*Interagency Field Manual for Reproductive Health in Refugee Situations*, capítulo 2.

Precauciones universales incluida la seguridad en las inyecciones, OMS/ONUSIDA: <http://www.who.int/hiv/topics/precautions/universal/en/>

*Guidelines on Sterilization and Disinfection Methods Effective Against HIV*, OMS

*Universal precautions for prevention of transmission of HIV and other bloodborne infections*, CDC: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/blood/universa.htm>



### Hoja de acción 7.3: Proporcionar preservativos y establecer suministros de preservativos

#### ► Información de referencia

Si se usan en forma constante y correcta, los preservativos ofrecen protección eficaz contra la transmisión de las ITS, incluido el VIH/SIDA. Aunque la mayor parte de la población mundial ya escuchó este mensaje, los mensajes que se *transmiten* no siempre se *ponen en práctica*. Una de las tareas más urgentes que enfrentan los organismos de ayuda es asegurarse de que la población tenga acceso a la información correcta con respecto a los preservativos y de que éstos se faciliten gratuitamente a las personas que los solicitan. Esto incluye a los agentes de ayuda.

#### ► Acciones clave

##### ▼ Suministrar

En lugares donde los grupos interesados consideran inapropiado el uso, la promoción y la distribución de preservativos, es necesario que las actividades de promoción lo tengan en cuenta. Se debe considerar a los preservativos masculinos y femeninos como elementos esenciales dentro de los suministros de ayuda de emergencia. Deben incluirse en la lista de control de todos los organismos responsables de proporcionar suministros de ayuda, desde el Programa Mundial de Alimentos y ACNUR hasta las pequeñas ONG. Se debe decidir si es mejor empaquetar previamente los preservativos junto con otros elementos, como insumos médicos de emergencia o alimentos, o empaquetarlos en forma separada pero enviarlos al terreno al mismo tiempo mediante

los mismos canales que otros suministros de ayuda. Esto dependerá en parte de la cantidad de preservativos que se enviarán al terreno.

##### ▼ Distribución

Los organismos deben decidir el mejor método para distribuir los preservativos al público y la forma de asegurarse de que los mismos lleguen a los grupos vulnerables, entre ellos, mujeres y jóvenes. Esta decisión siempre deberá tener en cuenta los aspectos culturales y suponer un debate exhaustivo con los grupos interesados. Esto tendrá cierta relación con el camino que se utilice para enviarlos al terreno. Por ejemplo, si se decide que los preservativos deben distribuirse en los dispensarios de salud, podrán enviarse allí junto con otros insumos médicos; si se repartirán en puntos de distribución de alimentos, deberán enviarse junto con los alimentos.

##### ▼ Instrucciones

Con los envíos, deben incluirse instrucciones adaptadas a la cultura, como por ejemplo, representaciones pictóricas sobre cómo usar los preservativos y cómo desecharlos en forma segura<sup>10</sup>. Se debe informar a la población cómo y dónde conseguir preservativos a través de los canales de comunicación disponibles, por ejemplo, radio y afiches.

Es importante recordar que las relaciones y redes sexuales se extienden más allá del grupo poblacional inmediatamente afectado por una emergencia. Por lo tanto, es necesario que el conjunto de la comunidad huésped tenga acceso a los preservativos, en bares, prostíbulos y otros sitios relevantes, dondequiera que haya participación de personas desplazadas. Es necesario establecer contacto con los grupos que ya realizan labor de prevención del SIDA en estas áreas con el fin de determinar las necesidades y coordinar la respuesta. Los preservativos deberían incluirse en los paquetes de supervivencia/ración que se suministran a los trabajadores que se dirigen al terreno, ya sea personal de los organismos de ayuda,

militares, fuerzas de mantenimiento de la paz u observadores.

#### ▼ Adquisición y calidad

Los preservativos de buena calidad resultan fundamentales, tanto para la protección del consumidor como para la credibilidad del programa de ayuda. La calidad del producto se determina por la calidad al momento de la fabricación y la manipulación durante el proceso de distribución. Si los preservativos son de buena calidad inicial, se los protege con un envase impermeable de aluminio y se los almacena adecuadamente (en especial, se los protege de la lluvia y el sol), es probable que conserven casi toda su calidad original. En contextos de emergencias, es probable que la rotación de preservativos sea rápida; como consecuencia, el producto no tiene tantas posibilidades de estar expuesto al sol y a la humedad de los puestos de venta en mercados al aire libre.

Con cada envío de preservativos, la oficina de adquisiciones responsable de las compras a granel debe exigir un certificado que acredite que un laboratorio independiente comprobó la calidad del producto lote por lote. El mercado ofrece una variada selección de preservativos; por consiguiente, si un organismo de ayuda de emergencia tiene poca experiencia en la compra de preservativos, tiene la posibilidad de adquirirlos a través de un proveedor intermediario, como UNFPA, FIPF o la OMS. Estas organizaciones pueden comprar grandes cantidades de preservativos de buena calidad a bajo costo. UNFPA cuenta con reservas de preservativos masculinos y femeninos que pueden enviarse al terreno en forma inmediata.

#### ▼ Cálculo de los suministros de preservativos

Durante la fase aguda de una emergencia, normalmente hay poco tiempo para buscar la información detallada acerca del comportamiento sexual sobre el que se basa el cálculo de los suministros de preservativos.

Las decisiones sobre las cantidades para enviar al terreno dependerán de la información disponible. Es importante conocer el tamaño estimado de la población afectada así como cualquier indicio disponible de la composición de género y edad del grupo. Los programas nacionales de SIDA, si aún están vigentes, pueden contar con información útil acerca del comportamiento sexual del grupo afectado.

Debería facilitarse la disponibilidad de preservativos femeninos en las poblaciones con experiencia previa en estos preservativos y en los lugares donde existe demanda. Si la población no tuvo contacto con mensajes de programación o programas sobre preservativos femeninos antes de la emergencia, debe demorarse la introducción de estos preservativos hasta tanto sea posible llevar a cabo una campaña de información adecuadamente coordinada y otras actividades de programación.

Cálculos de los suministros de preservativos para una población de 10.000 para 3 meses<sup>11</sup>:

#### Preservativos masculinos para 3 meses

##### *Hipótesis:*

El 20% de la población está compuesta por varones sexualmente activos.

##### *Por lo tanto:*

$20\% \times 10.000 \text{ personas} = 2.000 \text{ varones}$

##### *Hipótesis:*

El 20% usará preservativos.

##### *Por lo tanto:*

$20\% \times 2.000 = 400 \text{ usuarios de preservativos}$

##### *Hipótesis:*

Cada usuario necesita 12 preservativos por mes, durante 3 meses.

##### *Por lo tanto:*

$400 \times 12 \times 3 \text{ meses} = \mathbf{14.400 \text{ preservativos masculinos}}$

##### *Hipótesis:*

El 20% se desperdicia (2.880 preservativos)

##### *Por lo tanto:*

$\text{TOTAL} = 14.400 + 2.880 = \mathbf{17.280 \text{ (o 120 gruesas)}}$

**Folletos sobre prácticas sexuales seguras: 400**

### Preservativos femeninos para 3

*Hipótesis:*

El 25% de la población está compuesto por mujeres sexualmente activas.

*Por lo tanto:*

25% x 10.000 personas = 2.500 mujeres

*Hipótesis:*

El 1% usará preservativos.

*Por lo tanto:*

1% x 2.500 = 25 usuarias de preservativos

*Hipótesis:*

Cada usuaria necesita 6 preservativos por mes, durante 3 meses.

*Por lo tanto:*

25 x 6 x 3 meses = **450 preservativos femeninos**

*Hipótesis:*

El 20% se desperdicia (90 preservativos femeninos)

*Por lo tanto:*

TOTAL = 450 + 90 = **540 (o 3,8 gruesas)**

Folletos sobre prácticas sexuales seguras: 25

Folletos instructivos del uso de los preservativos femeninos: 25

Los suministros de seguimiento deben modificarse según la situación práctica. (Obsérvese que los perfiles demográficos en los campos de refugiados pueden ser muy diferentes de los perfiles demográficos normales; por ejemplo, puede haber un número desproporcionadamente elevado de mujeres y niños).

### ► Recursos clave

*Reproductive health in Refugee situations, an inter-agency field manual*, capítulos 2 y 5.

*Managing condom supply manual*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995. (documento OMS/GPA/TCO/PRV/95.6).  
*Logistics management; forecasting and procurement*. Condom Programming Fact Sheet No. 6. (Documento OMS/GPA/TCO/PRV/95.12).

*WHO specification and guidelines for condom procurement*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1995. (documento GPA/TCO/PRV/95.9).

*Manual of Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations*, 3ª edición, UNFPA, Nueva York 2005, Kit 1, Male and Female Condoms:

*Condom Promotion*—Ficha técnica para voluntarios, FICR, ARCHI 2010:  
<http://www.ifrc.org/WHAT/health/archi/strategy/condom.htm>





## Hoja de acción 7.4: Establecer tratamiento sindrómico de ITS

### ► Información de referencia

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH/SIDA, se propagan más rápidamente donde existe ineficacia, pobreza, inestabilidad social y violencia. La desintegración de la familia y la vida social en las poblaciones desplazadas altera las normas sociales que rigen el comportamiento sexual. En emergencias, es probable la interacción entre las poblaciones con diferentes tasas de prevalencia del VIH; la densidad poblacional en los campos de refugiados y de personas desplazadas es elevada; es probable que haya violaciones de mujeres y niños o que se los obligue a mantener relaciones sexuales para satisfacer las necesidades básicas como refugio, alimentos, seguridad y acceso a los servicios. Todos estos factores incrementan el riesgo de transmisión de las ITS y del VIH/SIDA. Las fuerzas uniformadas también pueden facilitar la propagación de estas infecciones.

El riesgo de transmisión del VIH aumenta enormemente ante la presencia de otra ITS tanto en varones como en mujeres. En algunas poblaciones, el riesgo de nuevas infecciones por VIH atribuibles a las ITS asciende al 40% o más. La prevención y el control de las ITS constituyen las estrategias clave para reducir la propagación del VIH/SIDA.

El control y tratamiento integral de las ITS incluye:

- reducir la incidencia de las ITS a través de la prevención de la transmisión mediante la promoción de las relaciones sexuales más seguras, al ampliar en gran medida el acceso a los preservativos, y
- reducir la prevalencia de las ITS curables a través de la detección precoz y eficaz, el tratamiento, la notificación a la pareja además de la vigilancia y el monitoreo.

### ► Acciones clave

#### ▼ Proporcionar atención temprana y eficaz del caso.

En la fase temprana de una emergencia, a menudo resulta imposible implantar todos los elementos de un programa integral para las ITS. Sin embargo, las personas que se presentan en los servicios de salud con síntomas de una ITS deben tener acceso, como mínimo, a un tratamiento sindrómico para este tipo de infección.

Las personas que se presentan con una ITS deben recibir atención de un agente sanitario en su primera visita. Los servicios deben ser fáciles de usar, privados y confidenciales. Quizás sea necesario instaurar disposiciones especiales (horarios flexibles, horas de apertura adaptadas, mujeres proveedoras de atención de la salud) para garantizar que las mujeres y las personas jóvenes se sientan cómodas al utilizar los servicios de salud y, en especial, los servicios para la atención de las ITS.

#### ▼ Brindar tratamiento sindrómico.

Proporcionar las directrices para el manejo del caso, incluida la definición y el manejo del mismo. El tratamiento de los casos sintomáticos debe normalizarse en función de los síndromes y no debe depender de los análisis de laboratorio. Si es posible, debe emplearse el protocolo de tratamiento nacional.

Si no es posible disponer inmediatamente de un protocolo de tratamiento nacional, deberá utilizarse un protocolo normalizado de la OMS en la primera visita y administrarse los fármacos más eficaces (por ejemplo, antibióticos que no muestran resistencia antibacteriana conocida). (Véase **Recursos clave**). Lo antes posible después de eso, se deben incorporar los protocolos de tratamiento adaptados localmente.

### **Garantizar la disponibilidad constante de los fármacos adecuados.**

Los pedidos de las necesidades iniciales de medicamentos dependerán de los datos disponibles del país de origen y se calcularán conforme a ello. Ante la falta de dichos datos, la sección **Recursos clave** ofrece un cálculo normalizado de los suministros necesarios para una población de 10.000 personas durante 3 meses

#### ▼ **Ofrecer asesoramiento.**

Es muy probable que las parejas de los pacientes con una ITS estén infectadas y deban recibir tratamiento. Se debe asesorar a los pacientes para que informen a su o sus parejas que se presenten para recibir tratamiento. Para que esto resulte más sencillo, cada paciente debe recibir tarjetas anónimas para entregar a sus contactos. En la tarjeta debe incluirse el domicilio del dispensario y un código vinculado al paciente índice o al síndrome que él/ella presenta (por ejemplo, un número o una tarjeta de un color en particular para indicar secreción uretral, etc.). Esto permite al personal de salud brindar al contacto el mismo tratamiento que recibe el paciente índice. El manejo y tratamiento de los contactos debe ser confidencial, voluntario y no obligatorio. **NO** deberá negarse el tratamiento a los pacientes en caso de que no concurren con su pareja.

#### ▼ **Facilitar la disponibilidad de preservativos.**

Se debe informar a los pacientes que deben utilizar preservativos mientras dure su tratamiento; con este fin, se les debe suministrar

una cantidad suficiente de preservativos en forma gratuita. Se deberá explicar el uso de los preservativos y proporcionar un folleto instructivo. También deberá debatirse el uso continuo de preservativos y otras opciones para prevenir la reinfección. La recomendación alternativa para las personas que se niegan a usar preservativos es que se abstengan de mantener relaciones sexuales.

#### ▼ **Vigilar los indicadores de ITS.**

Los datos acerca de la cantidad de casos de ITS que acuden para recibir tratamiento o que se detectan en los servicios de salud son fundamentales para la planificación de los servicios y funcionan como indicador de las tendencias en la incidencia de ITS en la comunidad. Siempre debe sospecharse que la notificación de ITS es deficiente. Quizás resulte conveniente que los administradores de programas de atención de la salud realicen controles para detectar la presencia de redes informales de tratamiento de las ITS, como por ejemplo, en los mercados locales.

#### ▼ **Planificar programas integrales para las ITS.**

Ante la primera oportunidad, se deben facilitar la prevención integral, el manejo y los servicios de vigilancia de las ITS. Lo antes posible, se debe llevar a cabo un análisis de situación con el fin de ayudar en la planificación de los servicios correspondientes. Para obtener más información, consúltese **Recursos clave**.

#### ▼ **Capacitar al personal de salud**

Capacitar al personal de salud para que esté en condiciones de:

- diagnosticar y tratar las ITS siguiendo un abordaje sindrómico;
- explicar la importancia de brindar tratamiento a la pareja; y,
- fomentar y explicar el uso de preservativos.

## ▼ Elementos esenciales para tratamiento

### Ejemplo del cálculo de suministros para tratar a 10.000 personas durante 3 meses<sup>12</sup>

**Hipótesis:**

El 50% de la población afectada está compuesta por personas adultas

**Por lo tanto:**

$50\% \times 10.000 = 5.000$

**Hipótesis:**

El 5% de los adultos presenta una ITS

**Por lo tanto:**

$5\% \times 5.000 = 250$  personas

**Hipótesis:**

El 20% presenta úlceras genitales

**Por lo tanto:**

$20\% \times 250$  personas = 50

**Hipótesis:**

El 50% presenta secreción uretral

**Por lo tanto:**

$50\% \times 250$  personas = 125

**Hipótesis:**

El 30% presenta vaginitis

**Por lo tanto:**

$30\% \times 250$  personas = 7

**Hipótesis:**

El 10% recibirá tratamiento para cervicitis

**Por lo tanto:**  $10\% \times 250$  personas = 25

### Úlceras genitales (tratamiento para sífilis y chancroide)

2,4 unidades de benzatin benzil penicilina, 1 dosis	50
Jeringas, descartables, 5 ml	50
Agujas, descartables, 21G	100
Agua para inyección 10 ml	50
Algodón hidrófilo, absorbente, no estéril, 100 g	3
Clorhexidina sol. al 5%, 1 litro	3
Eritromicina, comprimidos de 500 mg (4 x día x 7 días)	1.400

### Secreción uretral (tratamiento para gonorrea y clamidia)

Ciprofloxacina 500 mg (dosis única)	125
Doxiciclina, comprimidos de 100 mg (2 x día x 7 días)	1.750

### Vaginitis (tratamiento para candidiasis y tricomonas)

Metronidazol, comprimidos de 250 mg (dosis única de 2 g o 500 mg 2 x día x 7 días)	2000
Clotrimazol, pesarios de 500 mg (dosis única)	100

### Cervicitis (tratamiento para gonorrea y clamidia)

Ciprofloxacina, 1 de 500 mg (dosis única)	20
Doxiciclina, comprimidos de 100 mg (2 x día x 7 días)	280

### Para las embarazadas:

Cefixima, comprimidos de 400 mg (dosis única)	20
Eritromicina, comprimidos de 500 mg (4 x día x 7 días)	560

### Distribución de preservativos

Preservativos (20 gruesas)	3.000
Folletos sobre prácticas sexuales seguras	100
Afiche para el diagnóstico sintomático de las ITS	1
Caja de seguridad, para jeringas y agujas usadas – Capacidad 5 L	4
Sobre, plástico, de 10 cm x 15 cm – paquete de 100 (para la distribución de fármacos/comprimidos)	10

## ► Recursos clave

*Guidelines for the Management of Sexually Transmitted Infections*, OMS/HIV\_AIDS/2001.01

[www.who.int/docstore/hiv/STIManagemntguidelines/who\\_hiv\\_aids\\_2001.01](http://www.who.int/docstore/hiv/STIManagemntguidelines/who_hiv_aids_2001.01)

*Guidelines for Sexually Transmitted Infections Surveillance* OMS/CDS/CSR/EDC/99.3.

Alder M, Foster S, Grosskurth H, Richens J, Slavin H. *Sexual Health and Health Care: Sexually Transmitted Infections — Guidelines for Prevention and Treatment. Health and Population Occasional Paper*. Departamento para el Desarrollo Internacional, Londres. 1996.

*Manual of Reproductive Health Kits for Crisis Situations*, 2<sup>da</sup> edición, UNFPA, Nueva York 2003, Kit 5.

*Inter-Agency Field Manual for reproductive health in refugee situations*, capítulo 5.

*Fact sheets on Sexually Transmitted Diseases and Young People*, OMS:  
<http://www.who.int/inf-fs/en/fact186.html>

*Training Manual on STD Case Management/ The Syndromic Approach for Primary Health Care Settings - A Facilitators training package*, OMS: <http://www.wpro.who.int/NR/>

*Controlling Sexually Transmitted Disease*,  
Universidad Johns Hopkins:  
<http://www.infoforhealth.org/pr/19edsum.shtml>

## Hoja de acción 7.5: Asegurar la atención adecuada para CDI

### ► Información de referencia

El uso compartido de material de inyección y preparados de drogas contaminados entre consumidores de drogas es una de las formas más eficaces de transmitir el VIH. Una vez que el VIH se introduce en las redes de inyección de drogas, puede producirse una epidemia explosiva del VIH. Las epidemias de VIH de más rápida propagación suceden entre consumidores de drogas intravenosas.

A través de diversos mecanismos, las situaciones de emergencia ofrecen la posibilidad de aumentar en gran medida la vulnerabilidad de las personas al consumo de drogas y la infección por el VIH asociada.

Las situaciones de emergencia pueden afectar la disponibilidad de drogas en la comunidad. Por ejemplo, el tráfico de drogas con frecuencia se vincula a otras actividades delictivas, como el tráfico de armas, y probablemente sea facilitado por los disturbios civiles. La producción y el tráfico ilícitos de drogas pueden usarse para financiar la compra de armas y el conflicto. A la producción y el tráfico de drogas normalmente le sigue el consumo local. El abastecimiento habitual de droga puede interrumpirse, por tanto, los consumidores probablemente recurran a drogas nuevas y formas más eficientes de usarlas; por ejemplo, cambian la práctica de fumar opio y heroína por el consumo de heroína por vía intravenosa.

Entre los consumidores de drogas, los comportamientos de riesgo generalmente son más predominantes en situaciones de emergencia.

Por ejemplo, el uso compartido de material para drogas intravenosas puede ser habitual en lugares con mucha gente, como campos de refugiados y centros de detención, especialmente cuando la disponibilidad de agujas y jeringas es baja.

El estrés asociado con las situaciones de emergencia aumenta la vulnerabilidad de las personas al uso de drogas para aliviar sus síntomas.

El uso no racional de opioides inyectables para el tratamiento del dolor y la drogodependencia puede introducir a consumidores de drogas no intravenosas en la práctica de inyección de drogas. La intoxicación por consumo de drogas (incluido el alcohol) puede asociarse a un comportamiento sexual de mayor riesgo, que incluye el abuso sexual. El comercio sexual y el consumo de drogas también están estrechamente relacionados.

### ► Acciones clave

Existen algunas intervenciones sumamente eficaces para reducir la transmisión del VIH entre los consumidores de drogas intravenosas. En la mayoría de las comunidades, el consumo de drogas por vía intravenosa es ilegal y las poblaciones que lo practican sufren estigmatización, marginación y ocultamiento. Por ende, casi todas las intervenciones son polémicas y es probable que las autoridades locales y la comunidad no las respalden. En estos casos, se debe prestar especial atención a la educación pública y la promoción para conseguir el apoyo de la comunidad y las autoridades.

### ▼ Llevar a cabo una evaluación informal rápida.

Una evaluación rápida de la situación debería ser muy informal, es decir que debe consistir en charlas con algunos informantes clave. Resulta fundamental realizar una breve evaluación que confirme la existencia del consumo de drogas intravenosas y que identifique a aquellas personas o grupos clave a quienes dirigir la distribución de información, agujas y jeringas. Se debe proceder con cautela al difundir información que pudiera ser delicada para la población en general. Existe disponible una serie de herramientas de evaluación rápida que pueden usarse para respuestas de evaluación y planificación. (Véase Recursos clave.)

### ▼ Brindar información sobre reducción del riesgo.

Los consumidores de drogas deberían recibir información que abarque: las vías de transmisión del VIH; los riesgos asociados con el intercambio de material de inyección de drogas (agujas, jeringas, agua de enjuague, filtros, etc.) y de preparados de drogas; estrategias para reducir los riesgos asociados con la inyección (no intercambiar material, reducir el número de parejas y la frecuencia de uso compartido, lavar el material de inyección de drogas); la manera de acceder a agujas y jeringas estériles y de eliminar en forma segura el material usado; y el modo de reducir el riesgo de transmisión sexual (incluido el acceso a los preservativos.

### ▼ Asegurar el acceso a agujas y jeringas estériles.

Los consumidores de drogas intravenosas deben contar con acceso continuado y rápido al material de inyección estéril, en los casos en que sea posible. Al planificar el suministro de material de inyecciones para un contexto de emergencia, deben contemplarse las necesidades de los consumidores de drogas intravenosas. En promedio, los consumidores de heroína por vía intravenosa probablemente se inyecten de dos a tres veces por día, y esto es más frecuente

entre los que consumen cocaína y anfetaminas por la misma vía. Los agentes sanitarios, ubicados en puntos donde se distribuye el material de inyección, deben estar capacitados sobre los razones para la entrega de material a los consumidores de drogas intravenosas, haciendo hincapié en el objetivo de prevenir la transmisión del VIH. Es fundamental disponer de un sistema de recolección y eliminación de material de inyección usado, a fin de reducir el tiempo de circulación del material usado en la comunidad. Cuando el acceso a material de inyección estéril no esté garantizado, se deberían tomar medidas para proporcionar a los consumidores de drogas intravenosas acceso a lejía y agua limpia para limpiar su material.

### ▼ Brindar tratamiento en contextos de emergencia.

La mayoría de los lugares con recursos limitados tiene muy pocos, si es que los tienen, servicios para tratar la drogodependencia. En situaciones de emergencia, estos servicios quizás no estén disponibles en absoluto. En lugares donde la drogodependencia puede ser predominante, es necesario que los agentes sanitarios conozcan cómo realizar una evaluación clínica básica y cómo ofrecer intervenciones básicas para brindar asistencia a los consumidores de drogas, incluido el manejo de las sobredosis, la desintoxicación y las complicaciones frecuentes (por ejemplo, control y tratamiento de úlceras en los sitios de inyección).

### ▼ Realizar una evaluación cuidadosa.

La ilegalidad del consumo de drogas y la naturaleza oculta de las poblaciones que consumen demandan que, apenas se establezca la situación, se emprenda una evaluación cuidadosa antes de las intervenciones de planificación y ejecución para consumidores de drogas intravenosas. Dicha evaluación debe reunir información sobre: poblaciones involucradas en el consumo de drogas y sus patrones entremezclados; tipos de drogas consumidas; comportamientos, actitudes

y creencias en relación al consumo; leyes, normas y regulaciones locales relativas al consumo de drogas y la manera en que las autoridades tratan a los consumidores de drogas; y recursos disponibles para ayudar a los consumidores de drogas (por ejemplo, acceso a agujas y jeringas, programas de educación extrainstitucionales, servicios de tratamiento para la drogodependencia).

**Como resultado de esta cuidadosa evaluación, deben instituirse otras actividades para complementar aquellas que se emprenden en casos de emergencia.**

▼ Ofrecer información y asesoramiento sobre reducción del riesgo.

Los consumidores de droga, si reciben información adecuada sobre los riesgos de inyectarse y las estrategias para reducir sus riesgos, tienden a cambiar sus comportamientos. Esta información puede suministrarse a través de folletos sencillos (que se elaboran mejor en asociación con los consumidores de drogas para asegurar el uso de terminología apropiada y la descripción de los patrones locales de consumo de droga) o a través de información y asesoramiento que pueden brindar los asistentes sociales y agentes sanitarios. Pueden resultar eficaces los enfoques de educación inter pares, por la cual se capacita a consumidores de drogas o ex consumidores para brindar educación extrainstitucional a otros consumidores.

▼ Brindar tratamiento para la drogodependencia.

Cuando sí existan servicios de tratamiento, los agentes sanitarios deben conocer los canales y procedimientos de derivación. El tratamiento más eficaz para la dependencia a los opioides para prevenir la transmisión del VIH es el mantenimiento con metadona.

▼ Brindar atención del VIH/SIDA para consumidores de drogas intravenosas.

Los consumidores de drogas deberían contar con igualdad de acceso al mismo tratamiento y atención del VIH/SIDA que otras personas infectadas. No existe justificación para excluir a los consumidores de drogas del tratamiento para el VIH/SIDA.

▼ Evitar el uso de fármacos de administración parenteral para el tratamiento de pacientes.

Hay muchos ejemplos de consumidores de drogas que aprenden a inyectarse de los agentes de atención de salud que los han tratado con inyecciones terapéuticas (por ejemplo, un fumador de heroína recibe tratamiento por abstinencia con una inyección de buprenorfina). Cuando sea posible, el uso de drogas terapéuticas debería limitarse a las formas no inyectables.

▼ Proporcionar prevención primaria del consumo de drogas.

Al reconocer los mayores riesgos que supone el consumo de drogas ilícitas en situaciones de emergencia, se debe prestar atención a la educación sobre prevención de drogas, en especial entre los jóvenes. Sin embargo, estos programas educativos no deberían sustituir la necesidad de implantar las estrategias de prevención del VIH mencionadas anteriormente en aquellas comunidades donde el consumo de drogas ya esté presente.

▼ Prevenir la transmisión sexual del VIH entre consumidores de drogas.

Los consumidores de drogas intravenosas deberían ser los destinatarios de programas de educación e información sobre prácticas sexuales más seguras, provisión de preservativos y acceso expedito al tratamiento de infecciones de transmisión sexual.

## ► Recursos clave

*Principles for preventing HIV infection among drug users.* Oficina Regional de la OMS para Europa (1998) Copenhague, Dinamarca.

*Manual for Reducing Drug Related Harm in Asia;* Macfarlane Burnet Centre for Medical Research (1999) [archivo pdf, 370 páginas, 4.8 mb].

*Treatment, care and support of injecting drug users living with HIV/AIDS.* Medecins Sans Frontieres (2000).

*Drug Abuse and HIV/AIDS: Lessons Learned.* Colección “Prácticas Óptimas” del ONUSIDA/Estudios sobre Droga y Delito de la Oficina de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito (OFDPD) (2001)

*HIV Risk Reduction in Injecting Drug Users.* Ball A, Crofts N (2002) *in HIV/AIDS Prevention and Care in Resource Constrained Settings: Handbook for the Design and Management of Programs*, Family Health International, Arlington, EE.UU.

*Manual on Risk Reduction for Drug Users in Prisons.* Trimbos Institute (2001), Utrecht, Países Bajos

*The Rapid Assessment and Response guide on injecting drug users.* Borrador para prueba de campo. Organización Mundial de la Salud (1998), Ginebra.

*The Technical Guide to Rapid Assessment and Response (TG-RAR)* Publicación en Internet, WHO/HIV/2002.22



## Hoja de acción 7.6: Manejar las consecuencias de la violencia sexual

### ► Información de referencia

La responsabilidad del dispensador de atención de salud es brindar atención adecuada a sobrevivientes o víctimas de violencia sexual, registrar los detalles de los antecedentes, el examen físico y otra información relevante y, con el consentimiento de la persona, tomar pruebas forenses que podrían necesitarse en una investigación posterior. No es responsabilidad del dispensador de atención de salud determinar si una persona ha sufrido violación. Eso es una determinación legal.

Los servicios atención de salud deben estar preparados para responder compasivamente a las víctimas/sobrevivientes de violencia sexual. El coordinador de salud debería asegurarse de que todo el personal esté sensibilizado sobre la violencia sexual y que sea consciente de la confidencialidad médica y que la respete. Los dispensadores de atención de salud (médicos, auxiliares médicos, personal de enfermería, etc.) deberían instituir un protocolo consensuado para la atención de víctimas/sobrevivientes de violación; este protocolo debería estar en consonancia con los protocolos nacionales pertinentes y las normas internacionales aceptadas (véanse los materiales de referencia más abajo). Los dispensadores de atención de salud deben conocer de qué manera brindar la atención de acuerdo con los protocolos establecidos y contar con el equipo y los suministros necesarios. Para obtener más información y lineamientos detallados sobre

las medidas de esta Hoja de acción, consultar “*Clinical Management of Rape Survivors, Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*”.

Una prioridad debería ser el reclutamiento de dispensadores de salud mujeres; sin embargo, una escasez de agentes sanitarias capacitadas no debería impedir la prestación de servicios para los sobrevivientes de violación.

Todos los dispensadores de atención de salud deben conocer las leyes y políticas pertinentes que rigen el accionar del personal sanitario en casos de violencia sexual. Por ejemplo, probablemente existan leyes que permitan el aborto legal en casos de violencia sexual. Además, los dispensadores de atención de salud actuarán en conjunto con la policía en casos en que la sobreviviente/víctima (o en el caso de una niña, su familia) desee acudir a la justicia. En muchos países, el dispensador de salud debe completar algunos formularios policiales, por tanto, debe saber cómo hacerlo. Algunos países tienen leyes que obligan a los dispensadores de atención de salud denunciar los casos de violencia sexual a la policía u otras autoridades. Estas leyes presentan difíciles desafíos para los dispensadores en lo relacionado con la confidencialidad médica y el respeto por la decisión de la sobreviviente/víctima si no quiere entablar acciones legales y no quiere que se sepa sobre el abuso. Cuando existen leyes de notificación obligatoria, muchas sobrevivientes no revelan la violencia sexual a los dispensadores de atención de salud debido a que temen el escrutinio público. Otra consideración referida a las acciones legales es que probablemente se exija al dispensador testificar en tribunales sobre los hallazgos clínicos observados durante el examen. Teniendo esto en cuenta, suele ser prudente contar con un dispensador de salud del mismo país para que efectúe el examen, porque es más probable que esté disponible si el caso llega a la justicia (el personal internacional rota más rápidamente).

## ► Acciones clave

Los actores del sector salud deberían desarrollar un protocolo consensuado para la atención de sobrevivientes/víctimas de violencia sexual. Los dispensadores de atención de salud en cada servicio sanitario deberían estar capacitados en el uso del protocolo. Las actividades del protocolo deberían incluir las siguientes acciones clave. Las actividades del protocolo deberían incluir las siguientes acciones clave.

### ▼ Preparar a la sobreviviente

- Antes de comenzar un examen físico, preparar a la víctima/sobreviviente. Los exámenes poco delicados pueden agravar al sufrimiento emocional de la víctima/sobreviviente.
- Presentarse y explicar los procedimientos esenciales (por ejemplo, examen pélvico)
- Preguntar si desea que haya una persona de apoyo presente
- Obtener el consentimiento de la víctima/sobreviviente o de un progenitor si la víctima es menor de edad
- Tranquilizar a la víctima/sobreviviente asegurándole que ella puede controlar el ritmo del examen y que tiene el derecho a negarse a algún aspecto del examen al que no desee someterse
- Explicar que los hallazgos son confidenciales

### ▼ Efectuar un examen

- Al momento del examen físico, normalizar todo los síntomas somáticos de pánico o ansiedad, como mareos, disnea, palpitaciones y sensaciones de ahogo que no tengan explicación médica (es decir, sin causa orgánica). Esto significa explicar en palabras fáciles de entender que estas sensaciones corporales son frecuentes en personas que tienen mucho miedo luego de haber atravesado una experiencia aterradora y que no se deben a ninguna enfermedad o lesión, sino que tienen que

ver con la vivencia de emociones fuertes, y que desaparecerán con el paso del tiempo, cuando disminuya la emoción.

- Realizar el examen médico únicamente con el consentimiento de la sobreviviente. Debería ser compasivo, confidencial, sistemático, completo y conforme a un protocolo consensuado.

### ▼ Brindar tratamiento compasivo y confidencial, de la siguiente manera

- Tratamiento de complicaciones que pongan en peligro la vida y derivación si corresponde
- Tratamiento de ITS o tratamiento presuntivo de ITS
- Profilaxis posexposición para VIH (PPE), cuando corresponda
- Anticoncepción de emergencia
- Cuidado de las heridas
- Asesoramiento de apoyo
- Analizar en conjunto asuntos de seguridad inmediata y elaborar un plan de seguridad
- Realizar derivaciones, con consentimiento de la sobreviviente, a otros servicios como apoyo social y emocional, seguridad, refugio, etc. (Véase: *Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings, Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies*)

### ▼ Obtener pruebas forenses mínimas

- Las exigencias legales locales y los servicios de laboratorio determinan si se debe recolectar pruebas o no y qué tipo de pruebas deben obtenerse. Los agentes sanitarios no deberían obtener pruebas que no puedan procesarse o que no se usarán
- Asesorar a la sobreviviente sobre la obtención de pruebas por sí, con el tiempo, desea llevar el caso a la justicia. Asegurarle que la información se revelará a las autoridades únicamente si ella otorga su consentimiento
- Para todos los casos de violencia sexual, se recomienda llevar un minucioso registro

por escrito de todos los hallazgos del examen médico que puedan respaldar el relato de la sobreviviente, por ejemplo, el estado de sus ropas. La ficha médica forma parte del registro legal y puede presentarse como prueba si la sobreviviente lleva el caso a tribunales.

- Conservar muestras de ropa dañada (sólo si se puede entregarle a la sobreviviente otras ropas) y partículas extrañas presentes en sus ropas o cuerpo, lo cual puede respaldar su relato.
- Si se dispone de un microscopio, un dispensador de atención de salud o técnico de laboratorio puede examinar preparados en fresco para detectar la presencia de esperma, que demuestra que hubo penetración.

### Lista de control de suministros necesarios para el manejo de sobrevivientes de violación

<b>1. Protocolo</b>	Disponible
Protocolo médico escrito en el idioma del dispensador	
<b>2. Personal</b>	Disponible
Profesionales de la salud (locales) capacitados (de guardia las 24 horas del día)	
Una agente sanitaria o acompañante mujer que hable el mismo idioma presente en la sala durante el examen	
<b>3. Mobiliario/ámbito</b>	Disponible
Sala (privada, tranquila, accesible, con acceso a un retrete o letrina)	
Camilla de examen	
Luz, preferentemente fija (una linterna eléctrica puede asustar a los niños)	
Acceso a un autoclave para esterilizar el material	
<b>4. Suministros</b>	Disponible
"Kit de violación" para la recolección de pruebas forenses, que incluye:	
• Espéculo	
• Cinta métrica para medir el tamaño de hematomas, laceraciones, etc.	
• Bolsas de papel para recolectar las pruebas	
• Cinta de papel para sellar y rotular	
Muda de ropas de reemplazo	
Equipo de reanimación para reacciones anafilácticas	
Instrumental médico estéril (juego) para reparación de desgarros y material de sutura	
Agujas, jeringas	
Elementos para cubrir (bata, paño, sábana) a la sobreviviente durante el examen	
Insumos sanitarios (compresas o paños locales)	
<b>5. Fármacos</b>	Disponible
Para tratamiento de ITS conforme al protocolo del país	
Fármacos para PPE, cuando corresponda	
Píldoras anticonceptivas de emergencia y/o DIU	
Para alivio del dolor (por ej., paracetamol)	
Anestésico local para suturar	
Antibióticos para el cuidado de heridas	

6. Suministros administrativos	Disponible
Ficha médica con pictogramas	
Formularios de consentimiento	
Folleto informativo para el cuidado posviolación (para la sobreviviente)	
Espacio de archivado seguro, con llave, para guardar los registros confidenciales	

### ► Recursos clave

*Clinical Management of Rape Survivors. Developing protocols for use with refugees and internally displaced persons*, edición revisada. OMS/ACNUR, 2005.

<http://www.who.int/reproductive-health/emergencies/index.en.html>

*Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations*, 3ª edición. UNFPA, Nueva York 2005, *Kit 3, Rape Treatment*.

*LAWG Inter-Agency Field manual for Reproductive Health in Refugee Situations*. ACNUR/UNFPA/OMS, 1999. Capítulo 4.

<http://www.rhrc.org/pdf/iafmch4.pdf>

*Guidelines for Gender-Based Violence Interventions in Humanitarian Settings, Focusing on Prevention of and Response to Sexual Violence in Emergencies*, versión para prueba de campo. IASC, 2005.

<http://www.humanitarianinfo.org/iasc/publications.asp>

*MISP fact sheet*, Women's Commission for Refugee Women and Children, 2003.

[http://www.rhrc.org/pdf/fs\\_misp.pdf](http://www.rhrc.org/pdf/fs_misp.pdf)

Para obtener más información sobre prevención y respuesta a la violencia y la explotación sexuales, véase también: Hoja de acción 3.1: Protección / Respuesta mínima: Prevenir y responder a la violencia y la explotación sexuales

## Hoja de acción 7.7: Asegurar partos seguros

### ► Información de referencia

Antes de poder considerar programas integrales de Prevención de la Transmisión Maternoinfantil, deben ejecutarse intervenciones básicas para prevenir la morbilidad y mortalidad neonatal y materna en exceso. Este es uno de los objetivos del Conjunto mínimo de servicios iniciales para la salud reproductiva (CMSI) interorganismo.

### ► Acciones clave

#### ▼ Suministrar kits de parto antiséptico.

Entregar kits de parto antiséptico para uso de las madres o asistentes de partería, con el objeto de promover los partos domiciliarios antisépticos.

La mayor prioridad es que un parto sea seguro, antiséptico y sin trauma. La población afectada por la emergencia incluirá a mujeres que cursan los últimos meses de embarazo y que, por ende, darán a luz dentro de las primeras semanas. En los comienzos de una emergencia, los nacimientos generalmente ocurrirán fuera del centro de salud sin asistencia de personal sanitario capacitado. A estas mujeres se debería entregar kits de parto para uso domiciliario. Los kits son muy simples y pueden ser usados por las mismas mujeres, familiares o parteras tradicionales. Se los puede solicitar o preparar in situ.

Un kit de parto incluye: una sábana de plástico, dos trozos de cuerdas, una cuchilla de afeitar (nueva) limpia y un jabón, junto con instrucciones de uso.

#### ▼ Suministrar kits de parto con obstetriz.

Suministrar kits de parto con obstetriz a fin de facilitar los partos antisépticos y seguros en el puesto sanitario.

Aproximadamente, el 15% de los embarazos desarrollará alguna complicación. Los partos complicados requieren asistentes idóneos y deben ser derivados a un centro de salud que pueda brindar atención obstétrica esencial básica. La atención esencial incluye tratamiento antibiótico de administración parenteral, fármacos ocitócicos, tratamiento parenteral para la eclampsia y alumbramiento manual de la placenta.

La unidad complementaria del nuevo kit sanitario de emergencia 1998 (NEHK 98) cuenta con todos los materiales necesarios para asegurar partos seguros y antisépticos en el centro de salud. La UNFPA también suministra estos materiales. Las asistentes de partería idóneas (obstetrices, médicos) deberían observar estrictamente las precauciones universales y evitar, en la medida de lo posible, los procedimientos invasivos, como la rotura artificial de membranas o la episiotomía durante los partos. Estos procedimientos pueden aumentar el riesgo de transmisión del VIH de la madre al bebé.

#### ▼ Establecer un sistema de derivación para el manejo de emergencias obstétricas.

Aproximadamente un tres a un siete por ciento de los embarazos requerirán una cesárea. Éstas y otras emergencias obstétricas adicionales deben derivarse a un hospital donde se pueda efectuar una atención obstétrica esencial integral (atención básica más cirugía, anestesia

y transfusión de sangre segura). Un sistema de derivación que gestione estas complicaciones obstétricas debe estar disponible lo antes posible para que la población pueda usarlo las 24 horas del día. Cuando fuera factible, se puede usar y mantener una instalación existente para satisfacer las necesidades de la población. Si esto no fuera factible, por distancia o los trastornos, debe proveerse un puesto de derivación adecuado (por ejemplo, un hospital de campaña).

Es necesario coordinar políticas, procedimientos y prácticas a seguir con el centro de derivación y las autoridades. Debe asegurarse que haya transporte, personal calificado y materiales suficientes para hacer frente a la demanda.

### Organizar servicios integrales para atención prenatal, del parto y posparto.

Resulta esencial planificar la prestación de atención prenatal, posnatal y posparto y su rápida integración en la atención primaria de la salud. De lo contrario, es probable que estos servicios sean demorados innecesariamente. Al planificar, incluir las siguientes actividades:

- Recolectar información de referencia. (Véase Hoja de acción 2.1: Evaluar datos de referencia).
- Identificar lugares aptos para la futura prestación de esta atención. (Véase Hoja de acción 6.1: Establecer emplazamientos diseñados en forma segura).
- Evaluar la capacidad de personal y programar la capacitación o recapacitación del personal.
- Solicitar equipos y suministros para servicios integrales de salud reproductiva.

### ► Recursos clave

Para calcular los suministros y servicios requeridos se emplea una fórmula basada en la tasa bruta de natalidad (TBN).

#### Cálculo de suministros y servicios requeridos con una TBN de tres a cinco por ciento por año

##### Hipótesis:

Población de 10.000

TBN = 4%/año (40 nacimientos vivos/población de 1.000)

##### Por lo tanto:

Total de nacimientos vivos por año:

$10.000 \times 0,04 = 400$

Total de nacimientos vivos por cada periodo de tres meses:

$(10.000 \times 0,04) / 4 = 100$

Para obtener más cálculos, consultar IAWG Reproductive Health in refugee situations, an Inter-Agency Field Manual (Manual interinstitucional de campaña para la salud reproductiva en situaciones de refugiados), OMS/UNFPA/ACNUR 1999

### Lista de control para servicios de maternidad segura

1. Kits de parto antiséptico para uso domiciliario	Disponible
2. Kits obstétricos esenciales básicos para el centro de salud	
3. Kits de atención obstétrica quirúrgica y de transfusión sanguínea segura para el nivel de derivación	
4. Identificación de un sistema de derivación para emergencias obstétricas	
5. Un centro de salud por cada 30.000 a 40.000 personas	
6. Un quirófano y personal por cada 150.000 a 200.000 personas	
7. Una obstetrix (capacitada y en funciones) por cada 20.000 a 30.000 personas	
8. Un agente sanitario comunitario/partera tradicional (capacitado/a) por cada	
9. Se conocen las creencias y prácticas de la comunidad relativas al parto	
10. Las mujeres tienen conocimiento de los servicios disponibles	

*IAWG Reproductive Health in refugee situations, an Inter-Agency Field Manual.*  
OMS/UNFPA/ACNUR 1999

Kits de salud reproductiva para situaciones de emergencia, Kit 2, 6, 8, 9, 10, 11, 12

Para obtener más información sobre partos seguros, consúltese los documentos *Safe Motherhood* de la OMS

Nuevos kits sanitarios de emergencia de la OMS (NEHK).

Publicaciones sobre transmisión maternoinfantil, ONUSIDA:  
<http://www.unaids.org/Unaid/EN/In+focus/Topic+areas/Mother-to-child+transmission.asp>

Publicaciones sobre transmisión maternoinfantil, OMS:  
<http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/>

Recursos sobre salud reproductiva, OMS:  
<http://www.who.int/reproductivehealth/publications/>

Prevención de la transmisión maternoinfantil, UNICEF [http://www.unicef.org/publications/index\\_4414.html](http://www.unicef.org/publications/index_4414.html), [www.unicef.org/aids/index\\_preventionMTCT.html](http://www.unicef.org/aids/index_preventionMTCT.html)

Prevención de la infección por VIH en embarazadas, UNFPA:  
<http://www.unfpa.org/hiv/prevention/hivprev2a.htm>

Recursos del Consorcio de Salud Reproductiva para Refugiados (RHRC):  
<http://www.rhrc.org/resources>,  
[www.prb.org/pdf/GBVpressrelease2page1.pdf](http://www.prb.org/pdf/GBVpressrelease2page1.pdf)

*Field-friendly Guide to Integrate Emergency Obstetric Care in Humanitarian Programs.*  
Women's Commission, RHRC, Nueva York 2005,  
[http://www.rhrc.org/pdf/EmOC\\_ffg.pdf](http://www.rhrc.org/pdf/EmOC_ffg.pdf)





## Hoja de acción 7.8: Asegurar servicios de transfusión sanguínea segura

### ► Información de referencia

La eficacia de la transmisión del VIH a través de la transfusión de sangre infectada es cercana al 100%. Por esto, es extremadamente importante encontrar maneras de asegurar la seguridad de la transfusión sanguínea en situaciones de emergencia.

### ► Acciones clave

#### ▼ Evitar el uso innecesario de sangre.

- Transfundir sólo en circunstancias que pongan en peligro la vida y cuando no exista otra alternativa posible. (Véanse referencias: El uso clínico de la sangre. Manual. OMS 2001).
- Utilizar sustitutos de la sangre siempre que sea posible: cristaloides simples (soluciones salinas fisiológicas para administración intravenosa) y coloides. (Véanse referencias: El uso clínico de la sangre. Manual. OMS 2001).

#### ▼ Seleccionar donantes seguros.

- Recolectar sangre sólo de donantes identificados como los menos probables de transmitir agentes infecciosos en su sangre. La selección de donantes seguros puede fomentarse brindando a los posibles donantes información clara concerniente a cuándo es adecuado o inadecuado donar sangre, o bien usando un cuestionario para donantes. La sangre de donantes voluntarios no remunerados es más segura que la sangre de donantes pagados.

- En situaciones de emergencia, las personas suelen sentirse motivadas a donar sangre.

Lamentablemente, aquellos que donan sangre bajo presión o a cambio de un pago son menos probables de revelar su inaptitud para ser donantes. Por ende, el uso de la sangre de estas personas representa un riesgo potencialmente mayor de transmitir la infección. Esto también se aplica a los familiares que están presionados a donar sangre para un pariente. Se debe entrevistar a los posibles donantes con delicadeza y comprensión. Toda la información personal aportada por el donante debe tratarse como estrictamente confidencial.

#### ▼ Analizar toda la sangre donada para transfusión.

- Se deben efectuar pruebas de detección sistemáticas del VIH, Hepatitis B y, si es posible, también hepatitis C y sífilis, utilizando las pruebas más adecuadas. Usar pruebas simples o rápidas en situaciones de emergencia aguda. Los resultados de las pruebas del VIH deben estar desvinculados del donante, hasta que pueda instituirse un servicio de asesoramiento y pruebas voluntarias luego de la emergencia. Los resultados de todas las pruebas deben tratarse como estrictamente confidenciales.
- Si el tiempo lo permite, se deberían realizar los siguientes análisis de sangre:
  - tipificación ABO;
  - Tipificación RhD (análisis de sangre donada para la determinación del RhD en todas las transfusiones de sangre a mujeres en edad reproductiva);
  - prueba de compatibilidad cruzada entre donante y receptor para descartar la compatibilidad ABO.

Podría usarse sangre de grupo O RhD negativo si no hay tiempo para tipificación y prueba de compatibilidad cruzada.

### ▼ Ejecución

En el campo, deben existir políticas, protocolos y directrices claras para:

- el reclutamiento y atención de donantes
- el uso adecuado de la sangre para transfusión; y
- la eliminación segura de desechos potencialmente peligrosos, como bolsas de sangre, agujas y jeringas usadas.

A fin de asegurar un servicio eficiente y bien coordinado, será necesario designar una persona con experiencia en trabajo de emergencia como el punto focal. Sus responsabilidades principales serán:

- evaluar necesidades y organizar la entrega de suministros esenciales para recolección, análisis y transfusión de sangre:
- indicar condiciones en el campo: humedad y temperatura ambiente; instalaciones de almacenamiento disponibles para productos de consumo y de no consumo, seguridad de las instalaciones de mantenimiento, refrigeración;
- proporcionar los criterios para la recepción de sangre y productos sanguíneos;
- indicar cantidades y especificaciones (tamaño de las bolsas de sangre);
- indicar el sitio y momento de la entrega de suministros y los detalles de las personas de contacto en el punto de recepción (por ejemplo, direcciones, números de teléfono y fax, etc.);
- confirmar recepción de suministros, estado y condición al momento de la recepción y asegurar el envío al sitio de campaña correcto;
- vigilar y evaluar el proceso para asegurar que los suministros satisfacen las necesidades;
- realizar un nuevo pedido a tiempo para futuras entregas y planificar con antelación.

Las convocatorias de donantes de sangre deben llevarse a cabo a través de los canales de comunicación más adecuados que existan. Probablemente sea la radio. Los mensajes deberían indicar las condiciones que debe reunir aquel que se presente a donar sangre, el lugar y la persona a quien deben dirigirse.

La coordinación de la provisión de transfusión sanguínea segura para la población desplazada debe hacerse con el hospital local de la zona.

Brindar apoyo al hospital, mediante suministros básicos como reactivos o bolsas de sangre, podría resultar crucial tanto para las poblaciones locales como para las desplazadas.

► **Recursos clave** Elementos esenciales para recolección, análisis y transfusión de 1.000 unidades de sangre entera

Descripción del elemento	Presentación habitual o preferida	Cantidad recomendada	Comentarios
Elementos perecederos: deben almacenarse entre 2° C y 8° C			
Reactivo para tipificación de grupo sanguíneo anti-A, monoclonal	viales de 5 ml	20 x 5 ml	
Reactivo para tipificación de grupo sanguíneo anti-B, monoclonal	viales de 5 ml	20 x 5 ml	
Reactivo para tipificación de grupo sanguíneo anti-D, (solución salina / monoclonal)	viales de 5 ml	20 x 5 ml	
Pruebas simples/rápidas para VIH 1+2	100 pruebas	12 x 100	
Pruebas simples/rápidas para HBsAg	100 pruebas	12 x 100	
Pruebas simples/rápidas para Hepatitis C (HCV)	100 pruebas	12 x 100	
Solución salina (normal) con tampón de fosfato	1 litro	12 litros	
<b>Consumibles: no perecederos</b>			
Bolsas de recolección de sangre individuales, CPD-A1 (la aguja debe ser integrada, para prevenir su reutilización)	200 unidades	6 x 200 unidades	El tamaño diferirá en función de la práctica habitual de la zona 250/350/450 ml
Equipo de transfusión sanguínea, estéril, con aguja intravenosa fija de 18G x 38 mm con filtro en línea y puerto de inyección	100 equipos	12 x 100 equipos	
Catéter intravenoso, 20G x 6,4 mm, estéril, descartable, con ala	50 unidades	10 x 50	
Catéter intravenoso, 22G x 25 mm, estéril, descartable, con ala	50 unidades	10 x 50	
Catéter intravenoso, 23G x 19 mm, estéril, descartable, con ala	50 unidades	5 x 50	
Tubo vacutainer de 10 ml, siliconado	100 tubos	12 x 100 tubos	
Pipetas de Pasteur con bulbo incorporado, de plástico, descartables no estériles, de 3 ml graduadas en 0,5 ml	500 pipetas	5 x 500 pipetas	
Lancetas para sangre, estériles, descartables	200	10 x 200	
Hisopo de gasa de 8 capas, 10 x 10 cm	100 hisopos	50 x 100 hisopos	
Yeso quirúrgico, Tenso, 6 x 2 cm	1.000 unidades	5 x 1.000 unidades	
Yeso, Albuplast, 9,14 x 5 cm	6 unidades	10 x 6 unidades	
Marcadores, punta fina, color negro, indelebles, para cristales, etc.	10 marcadores	5 x 10 marcadores	
Hisopos impregnados medicados, con clorhexidina o isopropanol	100 unidades	20 x 100	
Tubos de ensayo, con fondo redondeado, de poliestireno, 75 x 10 mm	100 tubos	50 x 100 tubos	
Portaobjetos de microscopio, 25 x 75 mm, de vidrio	50	100 x 50 portaobjetos	
Jeringa hipodérmica de 5 ml, descartable	100 jeringas	12 x 100	
Aguja Luer hipodérmica, descartable, estéril, 21G x 38 mm	100 agujas	12 x 100	
Aguja Luer hipodérmica, descartable, estéril, 23G x 25 mm	100 agujas	5 x 100	
Escala colorimétrica para hemoglobina	Kit de inicio Repuestos	5 x kits de inicio 50 x Repuestos	
Guantes quirúrgicos de látex, descartables, estériles, de forma anatómica, tamaño 6,5 y 7,5	50 pares	5 x 50 pares	
Recipiente para objetos punzantes, descartable, 2 litros de capacidad		50	
Bolsas de residuos, 15 l, de plástico negro	100 por rollo	4 x 100	
cloruro de sodio al 0,9%, 1 l + equipo de vacutainer para uso intravenoso humano	20 Vacutainers	200 x 20	Artículo a granel; peso aprox. de 4.000 kg
<b>Artículos de papelería recomendados</b>			
Formularios de donante de sangre		1200	
Etiquetas para bolsas de sangre		1500	
Libro de registro de laboratorio, tapa dura, A4		10	
Formularios de solicitud de transfusión		1000	
<b>Artículos excepcionales (si los mencionados arriba se vuelven a pedir, éstos no deberían repetirse).</b>			
Esfigmomanómetro		5	
Tijeras quirúrgicas		10	
Torniquetes de brazo, regulables		10	
Balanza doméstica de cuerpo, rango de 0 a 15 kg		2	
Balanza de resortes para pesar la sangre donada, rango de 250 a 600 g		12	
Gradillas para tubos de ensayo, 30 orificios, de plástico		4	
Caja refrigeradora aislada, 10 l		2	

El uso clínico de la sangre en medicina, obstetricia, pediatría y neonatología, cirugía y anestesia, trauma y quemaduras. Módulo. OMS 2001, 373 págs. Inglés y español. Versiones en francés y portugués en preparación.

El uso clínico de la sangre en medicina, obstetricia, pediatría y neonatología, cirugía y anestesia, trauma y quemaduras. Módulo y Manual. *WHO policy on selection of blood donors, Weekly Epidemiological Record*, 1993,44:321- 3.

*Aide-Mémoire on Blood Safety for National Blood Programmes*. Hoja informativa. Mayo de 2002 OMS/BCT/02.03 Árabe/chino/ inglés/ francés/portugués/ruso/

*Aide-Mémoire on Quality Systems for Blood Safety*. Hoja informativa. Mayo de 2002. OMS/BCT/02.02 Inglés. Versiones en otros idiomas en preparación.

*Manual of Inter-Agency Reproductive Health Kits for Crisis Situations*, 3ª. edición, UNFPA, Nueva York 2005, Kit 12, Suministros de sangre segura:

Reclutamiento de donantes de sangre – Ficha técnica para voluntarios, FIRC, ARCHI 2010: <http://www.ifrc.org/WHAT/health/archi/strategy/blood1.htm>

Sangre y componentes seguros. Materiales de Educación a Distancia que constan de cinco módulos: Módulo Introductorio: Guías y Principios para una Práctica Transfusional Segura  
Módulo 1: Donación Segura de Sangre  
Módulo 2: Tamizaje del VIH y Otros Agentes Infecciosos  
Módulo 3: Grupos Sanguíneos

Una guía para coordinadores de programa. OMS 2001. 631 págs. Chino/inglés/francés/portugués/ruso/español

Sitios Web

[www.who.int/bct/Main\\_areas\\_of\\_work/BTS/BTS.htm](http://www.who.int/bct/Main_areas_of_work/BTS/BTS.htm)

[www.who.int/bct/Resource\\_Centre.htm#bts](http://www.who.int/bct/Resource_Centre.htm#bts)

[www.who.int/bct/index.htm](http://www.who.int/bct/index.htm)

## Hoja de acción 8.1: Asegurar el acceso a la educación para los niños

### ► Información de referencia

Tradicionalmente, la educación no se consideraba una parte central de la acción humanitaria, que tendía a concentrarse más en las intervenciones directas para salvar vidas. En los últimos años, sin embargo, se reconoce cada vez más la importancia de la educación con el énfasis en la educación que se incluye en los programas de llamamiento unificado y de emergencias como parte integral de la respuesta general frente a las emergencias.

Dada la naturaleza prolongada y crónica de muchas de las emergencias actuales (Sudán: 19 años; Somalia: 12 años; Sierra Leona: 10 años), resulta crucial que la educación continúe durante la emergencia; de lo contrario, existe un riesgo verdadero de que la reconstrucción posterior al conflicto quede en manos de una población sin estudios y analfabeta.

Además, la educación puede brindar una función de protección importante para los niños atrapados en emergencias. La normalidad y estabilidad que ofrece la escolaridad diaria es importante desde el punto de vista psicológico. Las escuelas son lugares donde no sólo se enseñan materias académicas tradicionales sino que también se difunden los mensajes que salvan vidas. Las escuelas son ámbitos eficaces para la enseñanza sobre el riesgo de las minas, la sensibilización sobre el VIH/SIDA y para la promoción de los derechos humanos, la tolerancia y la resolución no violenta de

conflictos. Los niños aprenden con rapidez y, a su vez, pueden impartir sus conocimientos a otros miembros de la familia, en especial en las áreas de saneamiento y nutrición.

Entre las zonas y grupos poblacionales afectados por el VIH/SIDA, la enseñanza tiene particular importancia ya que probablemente los padres no estén en condiciones de transmitir a sus hijos las aptitudes para la vida básicas y necesarias relacionadas con los alimentos, la nutrición, la salud y la agricultura. Por lo tanto, también debe considerarse la provisión de habilidades profesionales desde una etapa temprana. La educación nutricional adecuada en la escuela (incluido el apoyo nutricional de PVVS) también es clave, ya que brinda a los alumnos una mejor preparación para enfrentar la infección y enfermedad por VIH/SIDA además de provocar un impacto indirecto en los grupos familiares.

Es más probable que los niños y personas jóvenes que asisten a la escuela demoren la edad de su primera relación sexual, en particular, si reciben el apoyo y adquieren las destrezas para posponer el inicio de las relaciones sexuales, y que intenten aprender las aptitudes para la vida necesarias para protegerse del VIH/SIDA. Además, tanto niños como jóvenes tienen menos probabilidades de unirse al ejército y a grupos armados donde el abuso sexual puede ser habitual.

### ► Acciones clave

- ▼ Mantener a los niños en la escuela, especialmente los que concurren a la escuela primaria, o crear nuevos ámbitos de enseñanza donde no existen escuelas.
- ▼ Proteger del reclutamiento de grupos armados y la explotación sexual a los lugares donde los niños se reúnen a aprender. Las comunidades deben asegurarse de que los docentes no abusen de los niños y de que las escuelas no

se consideren como sitios para el reclutamiento de niños a las fuerzas de combate.

▼ Establecer un vínculo entre los servicios humanitarios (como paquetes especiales de alimentos para familias basados en la asistencia) y las escuelas, con el fin de incrementar los niveles de asistencia, promover una cultura que valore la educación y fomentar las escuelas como instituciones comunitarias vitales, no simplemente como un lugar donde los niños concurren.

▼ Vigilar la deserción para determinar si los niños abandonan la escuela y por qué lo hacen.

▼ En caso de que la deserción sea consecuencia de la falta de alimentos, debe proporcionarse alimentación escolar. Se debería brindar ayuda para el pago de los estudios, los materiales y uniformes según sea necesario para facilitar el acceso de los niños a las escuelas.

▼ Proporcionar instalaciones para juegos y deportes en la escuela.

▼ Brindar apoyo psicológico a los docentes, quienes enfrentan sus propios problemas psicosociales, así como los de sus alumnos. Dicho apoyo puede ayudar a reducir las conductas de supervivencia negativas o destructivas.

▼ Instruir a los docentes acerca del código de conducta que prohíbe las relaciones sexuales con los niños. Cuando se lleve a cabo la capacitación docente, se debe incluir el debate del código de conducta.

▼ Tratar de dar cabida a los niños que no pueden asistir a la escuela todo el día porque están a cargo del cuidado de un padre enfermo o quedaron huérfanos; una solución consiste en ofrecer horarios escolares más cortos en diferentes momentos del día.

▼ Considerar la inclusión de la jardinería y actividades de economía doméstica en la escuela.

▼ Proveer materiales para ayudar a los docentes (por ejemplo, el kit “School in a box” y otros kits recreativos que incluyan materiales de aptitudes para la vida para protegerse del VIH/SIDA).

### ► Recursos clave

*Inter Agency Network on Education in Emergencies (INEE):*

[www.ineesite.org](http://www.ineesite.org)

*Global Information Networks in Educación:*

[www.ginie.org](http://www.ginie.org)

Sitio web de Aptitudes para la vida de

UNICEF: [www.unicef.org/spanish/lifeskills](http://www.unicef.org/spanish/lifeskills)

*Stepping Stones training package on gender HIV, communication and relationship skills:*

[www.steppingstonesfeedback.org](http://www.steppingstonesfeedback.org)

UNICEF *School in a box and recreation in a*

*box.* Para solicitar: [unicef@unicef.org](mailto:unicef@unicef.org)

## Hoja de acción 9.1: Brindar información sobre la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA

### ► Información de referencia

En situaciones de emergencia, la comunicación es esencial para ayudar a la población a conservar o adoptar conductas que reduzcan al mínimo el riesgo de contraer VIH/SIDA, y a obtener acceso a servicios y ayuda para los que viven con el VIH/SIDA o están afectados por él. En situaciones de emergencias, las actividades de comunicación pueden verse interrumpidas. Por consiguiente, resulta esencial brindar a la población la información necesaria para reducir al mínimo la propagación del VIH/SIDA, obtener acceso a los servicios básicos y recibir el asesoramiento y la ayuda adecuada para enfrentar la enfermedad y sus consecuencias, y para conocer sus derechos.

### ► Acciones clave

#### ▼ Conformar un equipo para las comunicaciones.

Quizás muchos de los asociados de comunicación habituales (docentes, líderes religiosos) no estén disponibles durante un desastre. Es importante conformar un equipo de especialistas en comunicaciones de organizaciones que participen en el trabajo de ayuda y seguridad, de sus contrapartes del gobierno y de voluntarios capacitados dentro de la población afectada, incluidas las personas jóvenes. Esto garantizará la coordinación con los programas en funcionamiento así como la integración en ellos además del acceso a las poblaciones más vulnerables.

#### ▼ Evaluar la situación.

La evaluación debe concentrarse en entender la situación local del VIH/SIDA y su interacción con la situación de emergencia, prestando particular atención a los comportamientos, las percepciones y los mecanismos de supervivencia de las personas. Se debe verificar si ya existe un análisis de situación sobre el VIH/SIDA y, si es así, cuáles son los cambios que provocó la emergencia. Por ejemplo:

- ¿Qué grupos poblacionales están en movimiento y cuáles se han asentado?
- ¿Son estos los grupos vulnerables “habituales” o se han creado nuevos?
- ¿Dónde prevalece la violencia y dónde puede la gente reunirse en forma segura?
- ¿Dónde están activos los servicios de ayuda?

¿Cómo se estructuran? ¿Alcanzan a los grupos vulnerables de la población identificados anteriormente y les ofrecen una oportunidad para integrar actividades de comunicación?

- ¿Qué servicios específicos están disponibles para la prevención del VIH/SIDA y para brindar apoyo a las personas que viven con VIH/SIDA o quedaron huérfanas por su causa?
- ¿Qué otras actividades de comunicación se llevan a cabo? Ésta es una oportunidad para incorporar la comunicación sobre el VIH/SIDA al trabajo de otros sectores.
- ¿Qué canales de comunicación son aún funcionales? ¿Cuál será el más eficaz para llegar a los grupos prioritarios?

#### ▼ Desarrollar un plan de comunicación.

Un plan de comunicación para las situaciones de emergencia se centra en hallar una manera de comunicarse con los grupos más vulnerables. Por lo tanto, será necesario suspender temporariamente la sensibilización general y los cambios sociales a largo plazo en favor de las intervenciones dirigidas, hasta tanto se logre cierto grado de estabilidad. Estas tareas requieren que el personal de emergencias:

- identifique los grupos más vulnerables: mujeres que no tienen pareja, huérfanos, niños soldados, etc.
- identifique los medios para obtener acceso a estos grupos: emplee métodos personales en los lugares donde la gente se reúne para recibir ayuda humanitaria, en los centros de salud, los puntos de agua y los centros provisorios para niños separados y/o los niños soldados desmovilizados. Encuentre jóvenes para que se comuniquen con sus contemporáneos, mujeres con otras mujeres, hombres con hombres, soldados con soldados, cuando corresponda. Utilice los medios de comunicación funcionales como la radio, los sistemas de altavoces, megáfonos y materiales impresos.
- cree las oportunidades de diálogo sobre los problemas del VIH/SIDA y las inquietudes relacionadas entre los grupos especificados, así como las demostraciones y la “práctica” con preservativos. Los resultados del debate quizás incluyan el esclarecimiento de las cuestiones, el intercambio de información, la resolución de problemas y la modificación de los servicios.
- si se dispone de materiales simples en los idiomas de la población y son adecuados para la situación de emergencia, que los ponga a disposición del público en lugares de reunión importantes, incluidos los servicios de aseo y retrete.
- trabaje con los agentes de ayuda humanitaria para elaborar mensajes clave que puedan impartirse mediante la adaptación de los mensajes clave que se muestran abajo para los grupos específicos (jóvenes, padres, agentes de ayuda humanitaria y otros). Desarrolle un “ayuda memoria” e identifique modelos realistas pero aceptables para las demostraciones del uso de preservativos, incluidos los preservativos femeninos, si se encuentran disponibles.

- concentre los mensajes en los servicios y recursos disponibles (organice sistemas de derivación donde sea factible), en las conductas preventivas y en la inadmisibilidad del abuso y la explotación sexuales. Utilice el idioma y los términos que comprende la mayoría de la población.
- actualice los mensajes de acuerdo con la situación cambiante de seguridad y de ayuda humanitaria.
- incorpore líderes religiosos a la educación. Dada su legitimidad moral, en muchos casos estos pueden desempeñar un papel crucial para restablecer el orden e implantar programas operativos.

## 8 DATOS SOBRE EL VIH/SIDA

1. Un virus llamado VIH causa el SIDA. El VIH daña el sistema de defensa del cuerpo, lo que hace difícil combatir las enfermedades, y finalmente provoca la muerte. Aunque parezca saludable, una persona con VIH puede transmitir el virus a otras. No existe cura para el SIDA, por eso la prevención de la infección, como primera medida, es la única manera de estar libre de la enfermedad.
2. El virus del VIH se encuentra en los siguientes líquidos: la sangre, el semen (incluido el líquido previo a la eyaculación), las secreciones vaginales y la leche materna. El virus se transmite con mayor frecuencia por vía sexual. Las mujeres contraen infecciones de transmisión sexual (ITS), como el VIH, de los hombres con el doble de facilidad que ellos las contraen de las mujeres. Las niñas y las mujeres jóvenes corren un alto riesgo de contraer las ITS debido a que sus órganos no están maduros y pueden ser atacados fácilmente por los gérmenes.
3. Las personas con ITS están expuestas a un mayor riesgo de infectarse por el VIH y de transmitir la infección a otras. Los síntomas frecuentes de una ITS incluyen micción dolorosa, dolor en el abdomen o durante una



relación sexual, secreción vaginal o del pene, y llagas genitales. Algunas personas con ITS experimentan algunos síntomas o directamente ninguno. Las personas con cualquiera de estos síntomas deben buscar tratamiento inmediato; además, deben evitar las relaciones sexuales o mantener prácticas sexuales más seguras (sin penetración o con preservativo) e informar a sus parejas.

4. El riesgo de infecciones de transmisión sexual como el VIH se puede reducir si las personas no tienen relaciones sexuales, o si lo hacen en forma más segura, es decir, relaciones sexuales sin penetración o con la utilización de un preservativo.

5. El uso constante y correcto de preservativos es el único medio eficaz para prevenir la infección por el VIH/SIDA entre las personas sexualmente activas. Uso constante significa utilizar los preservativos suministrados por los servicios de ayuda humanitaria o los dispensarios desde el principio hasta el fin cada vez y siempre que una persona tenga una relación sexual anal, vaginal o buccogenital. Uso correcto significa seguir los pasos que se enseñan en las demostraciones sobre uso de preservativos durante las sesiones educativas. Preguntar al agente de ayuda humanitaria más cercano acerca del uso de preservativos y el VIH/SIDA.

6. El VIH también se puede transmitir cuando una persona infectada se corta o se perfora la piel, y se produce un sangrado. Por lo tanto, es muy importante evitar el contacto con la sangre de otra persona. El VIH no se transmite a través de: abrazos o un apretón de manos; el contacto cotidiano u ocasional; el uso de piscinas o inodoros.; el uso compartido de ropa de cama, utensilios de cocina o alimentos; picaduras de mosquitos y otros insectos; tos o estornudos.

7. A pesar de la desintegración del orden social, la violación y las relaciones sexuales forzadas nunca constituyen prácticas aceptables. La frecuencia elevada de tales prácticas en contextos de emergencias expone a mujeres, niñas y niños a un alto riesgo de infección.

8. Si una persona está bien alimentada (una dieta variada y equilibrada), estará en mejores condiciones de combatir la enfermedad.

#### ▼ Vigilar.

La vigilancia debe centrarse en el uso de servicios y productos, y en la adaptación del plan de comunicación.

#### ► Recursos clave

Asesoramiento y pruebas voluntarias (APV), Actualización técnica, ONUSIDA  
[http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc379-vct\\_en\\_pdf.htm](http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc379-vct_en_pdf.htm)

*Policy statement on HIV testing*, ONUSIDA/OMS [http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/hivestingpolicy\\_en\\_pdf.htm](http://www.unaids.org/html/pub/una-docs/hivestingpolicy_en_pdf.htm)

*Rapid HIV tests: guidelines for use in HIV testing and counselling services in resource-constrained settings*, OMS:  
<http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/rapidhivtestsen.pdf>

UNICEF. Proyecto *The Right to Know*. 2002.

Hieber, L (2001) *Lifeline Media: Reaching Populations in Crisis*. Una guía para los proyectos de medios en desarrollo en situaciones de conflicto, Versoix: Media Action International.

Singal, A. y Rogers, E. (2003) *Combatiendo el VIH: Estrategias de Comunicación en Acción*, Nueva Delhi: Sage Publications.

UNICEF (2000) *Involving People, Evolving Behavior*, Southbound, Penang.

ACNUR (1995) *Reproductive Health in Refugee Situations: An Inter-Agency Field Manual*.

CDC u OMS. Folletos instructivos sobre el uso de preservativos.

*Stepping Stones*. Una capacitación (galardonada) sobre el VIH/SIDA, los problemas de género, la comunicación y la relación interpersonal, Actionaid,  
<http://www.actionaid.org>

*HIV/AIDS rapid assessment guide*, FHI  
<http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/evtjsjyoitissfvez7qoi3qhey5vgu5dxukffl3xgjlna5nsxrdbu4tj7wakyoyaoyzz7etrkjp/rhapassessmentguide.pdf>

Centro para Programas de Comunicación de la Universidad de Johns Hopkins.  
<http://www.jhuccp.org/resources>

Sitios web:

[www.jhuccp.org](http://www.jhuccp.org)

[www.fhi.org](http://www.fhi.org)

[www.aed.org](http://www.aed.org)

[www.phishare.org/documents/](http://www.phishare.org/documents/)

[TheSynergyProject/421/](http://TheSynergyProject/421/)

[www.communit.com](http://www.communit.com)

## Hoja de acción 10.1: Prevenir la discriminación por el estado serológico en relación con el VIH en la administración de personal

### ► Información de referencia

En la gestión de una organización, la discriminación por cualquier motivo conduce a un ambiente de desconfianza e ineficacia. La discriminación basada en el estado serológico del VIH no es simplemente una acción injustificada contra el individuo; entre el personal que no está familiarizado con el VIH/SIDA, tal discriminación aumenta el estigma y los prejuicios contra aquellas personas infectadas. El personal de dirección debe establecer un ambiente de confianza y comprensión, libre del temor a la estigmatización, la discriminación y la pérdida del empleo.

No debería discriminarse a los trabajadores en base al estado serológico real o supuesto respecto del VIH. La discriminación y la estigmatización de las personas que viven con el VIH/SIDA inhiben los esfuerzos de prevención de la epidemia: si las personas temen la posibilidad de discriminación, probablemente ocultarán su condición y habrá más probabilidades de que transmitan la infección a otras. Además, seguramente no buscarán tratamiento ni consejo.

Los programas de información y educación en el lugar de trabajo son indispensables para combatir la propagación de la epidemia y fomentar una mayor tolerancia para con los trabajadores que tienen el VIH/SIDA. Una labor didáctica eficaz puede reducir significativamente la estigmatización y la ansiedad relacionadas con el VIH, minimizar

las perturbaciones en el lugar de trabajo, y lograr cambios de actitud y comportamiento. Una mayor sensibilización sobre las formas de prevenir el contagio de la infección por el VIH contribuirá a disminuir la estigmatización de aquellos individuos infectados.

### ► Acciones clave

#### ▼ Brindar información en el lugar de trabajo.

Garantizar el suministro de materiales básicos sobre el VIH/SIDA y los medios de transmisión (dossieres), a través del servicio médico del lugar de trabajo o en las reuniones informales. Asegurar que todos los trabajadores tengan la información adecuada sobre la política de su organización con respecto al VIH/SIDA y el apoyo disponible para ellos.

#### ▼ Comprender los derechos humanos.

Al aumentar la sensibilización sobre los derechos humanos, las organizaciones contribuirán al desarrollo de una fuerza laboral sana, con personas que se sienten seguras. Con un nivel de organización más alto (asociaciones de personal), los derechos de los trabajadores están mejor protegidos, lo que deja menos margen para la desigualdad social y ofrece un mayor equilibrio en las estructuras de poder de la organización. Asimismo, todos los miembros del personal deberían tener y conocer los derechos de igualdad para la atención y el tratamiento de cualquier enfermedad que puedan padecer. Los materiales básicos sobre los derechos humanos y el VIH/SIDA pueden distribuirse a través de la asociación de personal o las reuniones de personal no oficiales.

#### ▼ Brindar y mantener la confidencialidad.

No hay razón para pedir a los postulantes a un puesto de trabajo o a los trabajadores que proporcionen información personal relativa al VIH. Tampoco debería obligarse a los trabajadores a dar a conocer información de esta índole referente a un compañero de trabajo. El conocimiento de esta confidencialidad es importante para facultar a los trabajadores y

las asociaciones de personal a dialogar con el equipo administrativo. Garantizar que los expedientes médicos se guarden en un lugar seguro, bajo llave, y que el personal médico y los administradores de recursos humanos sean conscientes del carácter confidencial de la información.

▼ **Apoyar el diálogo social.**

La ejecución exitosa de una política y un programa para la lucha contra el VIH/SIDA en el lugar de trabajo exige cooperación y un clima de confianza mutua entre empleadores, trabajadores y sus representantes. Asimismo se debe hacer hincapié en los roles de liderazgo de las organizaciones de empleadores y trabajadores en lo que se refiere a acabar con el silencio que rodea al VIH/SIDA y promover la acción. Garantizar que el tema del VIH/SIDA se aborde adecuadamente en las reuniones entre empleadores y trabajadores.

▼ **Participar en el enlace y la promoción.**

Las organizaciones nacionales e internacionales deben garantizar la promoción activa de una mejor comprensión de la epidemia del VIH/SIDA y su impacto en el lugar de trabajo, y deben promover los derechos de igualdad entre los miembros de la fuerza laboral.

► **Recursos clave**

Directrices para las intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en emergencias, ONUSIDA, OMS, ACNUR 1996 (actualmente en revisión).

Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA.

## Hoja de acción 10.2: Proporcionar profilaxis posexposición (PPE) para personal de organizaciones humanitarias

### ► Información de referencia<sup>13</sup>

La profilaxis posexposición (PPE) es un tratamiento antirretrovírico de corto plazo que reduce la probabilidad de contraer la infección por el VIH luego de haber estado en contacto potencial con el virus, tanto por razones profesionales como a través de una relación sexual. Dentro del sector de salud, la PPE se debe brindar como parte de un conjunto integral de precauciones universales que reduzca la exposición del personal a los peligros de contagio en el trabajo.

Si bien el tratamiento de PPE fue diseñado originalmente para los trabajadores médicos expuestos al VIH por accidentes en sus trabajos (por ejemplo, una lesión con una aguja), actualmente el valor del tratamiento de PPE se reconoce para otras situaciones que implican una posible exposición al VIH (por ejemplo, el abuso sexual o los accidentes ocupacionales).

El riesgo de transmisión del VIH de un paciente infectado a través de una aguja es de menos del uno por ciento. Se cree que el riesgo de transmisión del VIH de una exposición a tejidos o líquidos infectados es menor que el de una exposición a sangre infectada. El riesgo de exposición por punciones con agujas y otros medios existe en muchos contextos donde los suministros de protección son limitados y las tasas de infección por el VIH en la población de pacientes son altas. La disponibilidad de la PPE puede reducir la ocurrencia de la infección

por el VIH en agentes de atención de la salud contraída por razones profesionales.

La disponibilidad de la PPE para agentes sanitarios servirá para aumentar la disposición y la motivación del personal para trabajar con personas infectadas por el VIH, lo que podría ayudar a conservar al personal preocupado por el riesgo de exposición al VIH en el lugar de trabajo. Existe una significativa polémica sobre la necesidad de usar PPE luego de una exposición sexual. La PPE se puede ofrecer al personal en los casos de violación cuando la probabilidad de exposición al VIH se considera alta.

La utilización correcta de suministros, la educación del personal y la supervisión se deben detallar claramente en las directrices y políticas institucionales. La supervisión regular por parte del cuerpo directivo en ámbitos de atención de la salud puede ayudar a reducir el riesgo de peligros ocupacionales en el lugar de trabajo. Si la lesión o la contaminación da como resultado el contacto con material infectado por el VIH, se debe proporcionar asesoramiento, tratamiento, seguimiento y atención posexposición. La profilaxis posexposición (PPE) con un tratamiento antirretrovírico puede reducir el riesgo de contraer la infección.

### ► Acciones clave

#### ▼ Prevenir la exposición.

La prevención de la exposición sigue siendo la medida más eficaz para reducir el riesgo de transmisión del VIH a agentes sanitarios. Se debe dar prioridad a la capacitación de los agentes sanitarios con respecto a los métodos de prevención (incluidas las precauciones universales) y al suministro de los materiales necesarios y equipos de protección. Además, el personal debería conocer los riesgos de contraer el VIH por vía sexual, tener fácil acceso a los preservativos y comprender la confidencialidad de los servicios de tratamiento de ITS.

### ▼ Manejar la exposición ocupacional al VIH.

- Los primeros auxilios se deben proporcionar inmediatamente después de la lesión: las heridas y las zonas de la piel en contacto con sangre o líquidos corporales deben lavarse con agua y jabón, y las membranas mucosas deben enjuagarse con agua.
- Se debe evaluar la exposición con respecto a su potencial para transmitir la infección por el VIH (en base a la sustancia corporal y la gravedad de la exposición).
- Se debe brindar el tratamiento de PPE para el VIH cuando ha habido una exposición a una persona fuente con VIH (o existe la probabilidad de que la persona fuente esté infectada por el VIH).
- Se debe evaluar la fuente de exposición para comprobar la presencia de la infección por el VIH. Las pruebas de las personas fuente sólo se deben realizar luego de obtener el consentimiento informado, y deberían incluir el asesoramiento y la derivación de la atención correspondientes. Se debe mantener la confidencialidad.
- La evaluación clínica y las pruebas basales del agente sanitario expuesto deben llevarse a cabo sólo si el agente ha dado su consentimiento informado.
- Es recomendable ofrecer educación sobre la reducción del riesgo de exposición, que incluya asesores que analicen la secuencia de los hechos que precedieron a la exposición con delicadeza y de manera imparcial.
- Se debe redactar y presentar un informe sobre la exposición.

### ▼ Proporcionar tratamiento de PPE.

No se ha comprobado que el tratamiento de PPE evite la transmisión del virus del VIH. No obstante, los estudios de investigación sugieren que si la medicación se inicia lo más rápido posible luego de la exposición potencial al VIH (es decir, idealmente dentro de las 2 horas y no más de las 72 horas siguientes a tal exposición), puede ser beneficioso para prevenir la infección por el VIH. Se recomienda una terapia de

combinación, ya que se cree que resulta más eficaz que un agente único. Se indica un tratamiento medicamentoso doble o triple.

El régimen terapéutico deberá decidirse en base a los medicamentos que el paciente fuente tomaba anteriormente y la resistencia cruzada posible o conocida a los diferentes medicamentos. La gravedad de la exposición y la disponibilidad de los distintos antirretrovíricos (ARV) en ese lugar particular también pueden determinar el régimen. En el caso de no existir resistencia conocida a la zidovudina (ZDV) o la lamivudina en el paciente fuente, la combinación y las dosis recomendadas son:

- ZDV 250 a 300 mg dos veces por día
- Lamivudina 150 mg dos veces por día

Si se debe agregar un tercer medicamento:

- Indinavir 800 mg 3 veces por día o efavirenz 600 mg una vez por día (no se recomienda su uso en mujeres embarazadas)

La terapia antirretrovírica (disponible como un “kit” de PPE) debe suministrarse según el protocolo institucional, o cuando sea posible, a través de la consulta con un médico especialista. La consulta con expertos es sumamente importante cuando pudo haber ocurrido una exposición al tipo de VIH resistente a los medicamentos. Una vez iniciada la PPE, los agentes sanitarios tendrán acceso a un suministro de terapia ARV para todo un mes. Se recomienda un tratamiento de cuatro semanas (28 días).

### ▼ Proporcionar los recursos humanos, la infraestructura y los suministros necesarios.

Deben existir directrices institucionales para la PPE. Las pruebas de VIH, el asesoramiento y la terapia antirretrovírica deben estar disponibles. Es esencial que estén en práctica las precauciones universales, que se disponga de un suministro ininterrumpido de materiales de protección (guantes, cajas para instrumentos filosos) y que se eliminen de manera segura el material peligroso. Un especialista en

infecciones, un asesor del personal y un agente sanitario capacitados en la atención del VIH/SIDA son beneficiosos para garantizar que se brinde el tratamiento de PPE. Se insta a las ONG de la salud a elaborar su propia política de PPE ocupacional. Los suministros de PPE ocupacional están disponibles a través de los servicios de adquisiciones del UNFPA y el UNICEF.

#### ▼ Manejar la PPE.

Un ejemplo del manejo de la PPE: las Directrices de las Naciones Unidas.

- La medicación debe iniciarse lo antes posible luego de la exposición, idealmente dentro de las 2 horas y antes de transcurridas las 72 horas.
- El médico de las Naciones Unidas puede hacer las gestiones necesarias para el traslado del paciente a un lugar con instalaciones médicas adecuadas para continuar el tratamiento de PPE.
- Los kits de inicio del tratamiento de PPE están disponibles para todas las personas con un contrato de las Naciones Unidas (y sus familias) que estén expuestas al virus del VIH por abuso sexual o accidente ocupacional.
- Los kits de inicio del tratamiento de PPE se envían a todos los Coordinadores Residentes de las Naciones Unidas.

#### ► Recursos clave

Recomendaciones para Profilaxis  
Posexposición, CDC MMWR.  
[www.cdc.gov/hiv/treatment.htm-prophylaxis](http://www.cdc.gov/hiv/treatment.htm-prophylaxis)

OMS. *Guidance Modules on Antiretroviral Treatments*. Módulo 7: *Treatments following exposure to HIV*. Módulo 9: Ethical, societal issues relating to antiretroviral treatments.

Kits de inicio del tratamiento preventivo  
posexposición, Directrices.

Infección por el VIH/SIDA, información para los empleados de las Naciones Unidas y sus familias. *Antiretroviral Therapy for Potential Non occupational Exposures to HIV*  
[www.cdc.gov/hiv/media/pepfact.html](http://www.cdc.gov/hiv/media/pepfact.html)

## Apostillas

### Capítulo 1

<sup>1</sup> El IASC se compone de miembros de pleno derecho (la FAO, la OCAH, el PNUD, el UNFPA, el ACNUR, el UNICEF, el PMA y la OMS) y de Invitados Permanentes (el CICR, la FICR, la OIM, los RSG-PDI, el ACNUDH, el Banco Mundial y tres consorcios ONG: Comité Directivo de Respuesta Humanitaria (CDRH), Interaction y el Consejo Internacional de Organismos Voluntarios (CIOV).

### Capítulo 4

<sup>2</sup> En este contexto, los abusos de los derechos humanos se refieren particularmente a aquellos que aumentan la vulnerabilidad a la infección por el VIH, como la violencia sexual, y a aquellos que discriminan a las personas infectadas o afectadas por el VIH/SIDA.

<sup>3</sup> Coordinación de las respuestas frente a emergencias y Coordinación de los proyectos y programas relacionados con el VIH/SIDA.

<sup>4</sup> Véase la Hoja de acción. 7.3 para el cálculo de preservativos.

<sup>5</sup> Véase la Hoja de acción 7.3 para el cálculo de preservativos.

<sup>6</sup> La ciencia relacionada con la nutrición y las personas que viven con el VIH/SIDA evoluciona rápidamente. La OMS ha convocado una consulta con expertos sobre las posibles modificaciones para los requerimientos calóricos de PVVS, lo que dará lugar a la emisión de recomendaciones.

<sup>7</sup> Pág. 43, en *Food and Nutrition needs in emergencies*.

<sup>8</sup> A través del intercambio de información, entrevistas con informantes clave (instituciones locales, hogares afectados) y el análisis de la información existente.

<sup>9</sup> Esto debe incorporarse sistemáticamente en las evaluaciones de las necesidades agrícolas y alimentarias en casos de emergencias en zonas con alta prevalencia del VIH/SIDA.

<sup>10</sup> Se proporciona un ejemplo de las instrucciones sobre el uso de preservativos en “El preservativo masculino: actualización técnica del ONUSIDA”.

<sup>11</sup> De: *Manual of Reproductive Health Kit for Crisis Situations*, segunda edición, UNFPA, 2003.

<sup>12</sup> *Manual of Reproductive Health Kit for Crisis Situations*, segunda edición, UNFPA, Nueva York 2003. (*En este ejemplo, los antibióticos son seleccionados para la fase temprana de una emergencia debido a que se desconoce una resistencia microbiana a ellos. Se deben instituir protocolos nacionales de tratamiento sindrómico lo antes posible*).

<sup>13</sup> Este documento es una adaptación del Documento sobre PPE de la OMS/TSH.





Las *Directrices para intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en contextos de emergencia* proporcionan información útil para las organizaciones y personas implicadas en el desarrollo de respuestas al VIH/SIDA durante situaciones de crisis. Los temas que se tratan son los siguientes:

- Prevención y preparación
- Respuestas a la violencia y la explotación sexuales
- Ayuda alimentaria y su distribución
- Suministro de sangre no contaminada
- Suministro y uso de preservativos
- Grupos especiales: mujeres y niños, huérfanos, miembros de los servicios uniformados, refugiados
- Partos seguros
- Precauciones universales
- Profilaxis posexposición
- Asuntos relativos al lugar de trabajo, y
- Cómo enfrentar la discriminación

Las *Directrices* incluyen una matriz cuadrículada, concebida para presentar información sobre la respuesta en un diagrama simplificado, que puede fotocopiarse para su utilización en situaciones de emergencia.

Las *Directrices* también incluyen un CD-ROM de apoyo que facilita toda la información contenida en el documento impreso de las *Directrices*, así como documentos en formato electrónico (Acrobat/PDF, Word, HTML). Ideado para un uso fácil, el CD-ROM se pone en marcha automáticamente en la mayoría de los ordenadores y utiliza un sistema de navegación simple del tipo visualizador.

Publicadas por el Comité Permanente Interorganismos, las *Directrices* ofrecen a los que están a cargo de la respuesta una herramienta polivalente para acceder con rapidez y facilidad a la información más reciente sobre el VIH/SIDA en contextos de emergencia.

