

Foco de atención

El VIH y los conflictos: un problema mundial creciente

En muchas regiones del mundo se producen graves conflictos armados periódicamente. En 2003, se identificó a más de 72 países como inestables, y como resultado de diversos conflictos en todo el mundo hubo más de 42 millones de refugiados y personas desplazadas internamente (IASC, 2003).

Por lo general, las poblaciones que huyen de emergencias complejas tales como conflictos armados afrontan la miseria y escasez de alimentos. Su situación empeora porque a menudo no tienen acceso a atención de salud, sea porque los sistemas han quedado colapsados o simplemente porque en las zonas que acogen a los refugiados no existe ningún tipo de asistencia. Por ejemplo, en la guerra de 1998-2001 en la República Democrática del Congo, el 80% del « exceso de muertes », estimado en 2,5 millones, fue consecuencia de la malnutrición, las enfermedades transmisibles y otros factores agravados por el conflicto violento (IRC, 2001).

Estos conflictos también pueden crear condiciones que aumentan el riesgo de contraer enfermedades infecciosas como el SIDA, y pueden asimismo favorecer su propagación. Esto puede ocurrir tanto durante el propio conflicto como después de su fin. En algunos casos, los conflictos armados contribuyen a aumentar los niveles de VIH o alteran las tendencias de distribución del virus.

En otras circunstancias, los conflictos parecen haber actuado como un freno para la epidemia. Esto ha llevado a considerar que es muy posible que la mayor vulnerabilidad se produzca durante el periodo posterior al conflicto, normalmente frágil. El estudio de distintas situaciones pone de manifiesto que las relaciones entre el VIH y los conflictos son mucho más complejas y variadas de lo que se pensaba anteriormente, y que son claramente específicas del contexto.

Sea como fuere, los países que se encuentran en un proceso de recuperación tras un conflicto armado necesitan integrar la respuesta al SIDA en sus programas de recuperación: particularmente las actividades de prevención del VIH. Sin esto, y sin un aumento significativo del apoyo internacional, la infección por el VIH puede ganar rápidamente terreno y hacer peligrar los esfuerzos nacionales de recuperación tras una guerra y el desplazamiento de población que ésta provoca. Del mismo modo, las actividades relacionadas con el SIDA deberían integrarse en los programas de asistencia a los refugiados y otros programas humanitarios.

Factores en los conflictos que pueden favorecer la propagación del VIH

Los datos de que disponemos indican que los niveles de VIH entre ciertas poblaciones y regiones dentro de un país a veces pueden aumentar durante un conflicto armado, juntamente con las emergencias complejas que éste crea. Se cree que el genocidio de 1994 en Rwanda contribuyó a la expansión de la epidemia a las zonas rurales, que con anterioridad al conflicto estaban menos afectadas. Esto se produjo porque las poblaciones urbanas y rurales se mezclaron en los campos de refugiados de los países vecinos.

Los conflictos armados pueden aumentar la posibilidad de exposición a la infección por el VIH de las diversas maneras siguientes:

- Desplazamiento de población: con frecuencia los conflictos hacen que una población muy numerosa huya de la zona en guerra, lo que la desarraiga de su lugar de residencia habitual. Cuando las personas se desplazan de un entorno de prevalencia del VIH baja a otro de prevalencia elevada, es inevitable que

afronten un mayor riesgo de exposición al VIH. Además, los movimientos de población rápidos perturban el funcionamiento de las redes sociales y de las instituciones que generalmente la protegen y apoyan. Igualmente, el desplazamiento suele situar a las personas en circunstancias caóticas en las que el acceso a los preservativos y otros medios de prevención puede ser limitado

- Desmoronamiento de las normas sexuales tradicionales: las condiciones caóticas asociadas a los conflictos suelen conducir a la desintegración de los valores y normas tradicionales con respecto al comportamiento sexual, lo que contribuye a un aumento general del riesgo de exposición al VIH (Hankins et al., 2002).
- Mujeres y niñas: los conflictos armados pueden crear unas condiciones de privación tan acentuada que las mujeres y las niñas, en particular, se vean obligadas a cambiar relaciones sexuales por dinero, alimentos o protección. Con frecuencia la presencia de muchos varones de uniforme armados equivale al nacimiento de una industria del sexo floreciente, con el consiguiente aumento del riesgo de VIH para los profesionales del sexo y el personal de los servicios uniformados (véase el capítulo «Prevención»).
- La violación como « arma de guerra »: en diversos conflictos recientes –incluidos Bosnia y Herzegovina, la República Democrática del Congo, Liberia y Rwanda– los combatientes han utilizado la violación como un arma de guerra. En un estudio realizado en Rwanda se puso de manifiesto que el 17% de las mujeres que habían sido violadas dieron resultado positivo en la prueba del VIH, en comparación con el 11% de las mujeres que no habían sufrido violación (ONUSIDA/ACNUR, 2003). En algunos conflictos, los muchachos jóvenes y los niños también han sido víctimas de violación.
- Colapso de los sistemas de salud: cuando los conflictos armados provocan el mal funcionamiento y el colapso de los sistemas de salud, la seguridad de los suministros nacionales de sangre resulta amenazada y los programas de prevención y atención del VIH pueden desintegrarse.

Situaciones de conflicto: prevención entre los servicios uniformados y el personal de mantenimiento de la paz

En todo el mundo hay más de 25 millones de personas que sirven en las fuerzas armadas, aunque si se tiene en cuenta a los miembros de la protección civil y las fuerzas paramilitares esa cifra podría aproximarse a los 50 millones. La mayor parte del personal de las fuerzas armadas son varones y mujeres jóvenes de 20 a 30 años de edad, y como tales constituyen uno de los grupos profesionales más afectados por el SIDA.

Generalmente, el personal de los servicios uniformados tiene una actitud característica de adopción de riesgos que puede exponerlos a un mayor riesgo de contraer la infección por el VIH. Los soldados y el personal de mantenimiento de la paz habitualmente están destinados lejos de sus familias y comunidades durante largos periodos de tiempo, de modo que se los aparta de la disciplina social que normalmente prevalecería en sus comunidades de origen. Durante los conflictos, los encuentros sexuales de común acuerdo y no consensuados suelen aumentar, mientras que la observancia de las medidas de prevención generalmente decae.

Los datos disponibles sobre los casos de SIDA entre los servicios uniformados son escasos. No obstante, generalmente las estimaciones indican que las infecciones de transmisión sexual entre el personal de los servicios uniformados podrían ser por lo menos el doble de las que presenta la población general. En algunos países donde el VIH está presente desde hace más de 10 años, las fuerzas armadas comunican tasas de infección del 50-60%. Incluso en la pacífica Botswana, uno de cada tres miembros del personal militar da resultado positivo en la prueba del VIH. En 1995, la prevalencia del VIH en el ejército de Camboya era del 5,9%, mientras que en 1997 aumentó al 7%. Estos niveles de prevalencia están produciendo pérdidas significativas en la continuidad

del nivel de mando, reduciendo la capacidad de preparación militar, repercutiendo en elevados costos de reclutamiento y adiestramiento, y por último debilitando algunos servicios uniformados nacionales.

Los países responden

Afortunadamente, los soldados también son un « público cautivo » acostumbrado a adquirir nuevos conocimientos especializados, a seguir órdenes y a tomar la iniciativa. Esto los convierte en unos excelentes agentes potenciales para el cambio y en ejemplos de conducta para otros jóvenes. Mundialmente, los militares y otros servicios uniformados han empezado a responder al SIDA dentro de sus filas. Un número creciente de países, incluidos Botswana, Chile, Filipinas, Sudáfrica, Tailandia, Ucrania y Zambia, han establecido medidas preventivas dentro de sus fuerzas armadas. Esas medidas van desde la educación sobre prevención hasta la distribución de preservativos. El Brasil, la República Dominicana, Mozambique, el Perú y el Uruguay se han comprometido a llevar a cabo actividades similares tras la firma de acuerdos de asociación de sus respectivos ministerios de defensa, interior y salud con el ONUSIDA.

Se han utilizado con éxito diversos enfoques. Por ejemplo, las Fuerzas de Defensa Popular de Uganda han instaurado « Clubes posteriores a la prueba » para aumentar la sensibilización sobre el VIH y reducir el estigma asociado al virus. Esos clubes de pruebas están abiertos a todos los que se han sometido a la prueba del VIH, independientemente del resultado, y su objetivo es infundir esperanza por medio del apoyo a las personas que viven con el VIH y sus familias. La prevalencia del VIH en el ejército ugandés se redujo de más del 10% en 1990 a menos del 7% en 2003. En Camboya, una marca de preservativos comercializados desde 1997 específicamente entre el personal militar ha ayudado a reducir los encuentros sexuales sin protección entre los soldados camboyanos y los profesionales del sexo, pasando del 70% al 54%.

Se han iniciado proyectos parecidos entre el personal no militar. En Myanmar, por ejemplo, el ONUSIDA, la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), Care International y el Ministerio de Asuntos Internos están colaborando en un programa de prevención orientado al personal de la policía y sus familias. Lituania está ejecutando actividades semejantes entre sus fuerzas policiales y guardias fronterizos.

Durante 2002-2003, el ONUSIDA promovió y apoyó activamente otras iniciativas similares en más de 40 países. Mientras tanto, la Oficina del ONUSIDA sobre SIDA, Seguridad y Respuesta Humanitaria ha desarrollado un conjunto de medidas integrales para la programación, capacitación y fomento de la sensibilización. La capacitación se centra en impulsar la sensibilización sobre el VIH, estimular la prevención, eliminar la violencia sexual y fomentar la igualdad entre los sexos, los derechos humanos, la distribución de preservativos y los servicios de atención y apoyo para el personal VIH-positivo.

Prevención entre el personal de mantenimiento de la paz

En 2004, el Departamento de las Naciones Unidas de Operaciones para el Mantenimiento de la Paz estaba participando en 15 misiones en todo el mundo, con un personal compuesto por más de 45 000 miembros procedentes de más de 89 países. El ONUSIDA y el mencionado departamento de las Naciones Unidas están poniendo a punto una respuesta al SIDA en todas las principales operaciones de mantenimiento de la paz. Su finalidad es prevenir el VIH entre el personal de mantenimiento de la paz y ayudar a sus miembros a actuar como impulsores de la sensibilización sobre el VIH en todos los lugares adonde se los destine. La Tarjeta de Sensibilización sobre el VIH/SIDA para Operaciones de Mantenimiento de la Paz forma parte integral de la estrategia desarrollada por el ONUSIDA y el departamento de las Naciones Unidas, y ha sido traducida a 11 idiomas. Contiene mensajes básicos sobre el VIH, así como códigos de comportamiento pertinentes para el personal civil y militar de mantenimiento de la paz.

Sin embargo, siguen encontrándose diversas dificultades en la aplicación de las estrategias sobre el SIDA en los entornos de las operaciones de mantenimiento de la paz. En primer lugar, la capacitación sobre el VIH necesita adaptarse a las múltiples culturas representadas por el personal de dichas operaciones. En segundo lugar, la capacitación la imparten oficiales, pero no existe ningún mecanismo para asegurar que esa información llegue a los rangos inferiores.

En 2004 se establecieron cinco nuevas misiones de mantenimiento de la paz, y el ONUSIDA y el departamento de las Naciones Unidas están colaborando para velar por que el SIDA sea abordado en las misiones y en cada uno de los países que contribuyen con tropas antes de su despliegue.

- Aumento en el uso de sustancias: para superar el caos causado por los conflictos, algunas personas –incluidos los niños– pueden buscar alivio en un mayor consumo de alcohol, o bien decantarse por tomar otras sustancias psicoactivas, incluidas la cola y drogas ilícitas. La inyección de drogas es un fenómeno que es especialmente probable que aparezca cuando los conflictos desarticulan las vías de suministro de drogas que generalmente se ingieren, se inhalan o se fuman. Esto puede hacer que se introduzcan drogas más probable de inyectarse (Smith, 2002; Strathdee et al., 2002; Hankins et al., 2002).
- Poca concienciación sobre el VIH: Entre el personal de mantenimiento de la paz y los soldados del ejército nacional encuestados, solamente el 23% podía mencionar al menos tres vías de transmisión del VIH; el 38% declaró no estar preocupado por el SIDA; y tan sólo el 39% dijo haber utilizado un preservativo en su último encuentro sexual (McGinn *et al.*, 2001).
- Niveles de violencia sexual elevados: En un estudio efectuado en 2001 se encontró que el 9% de las mujeres desplazadas por conflictos armados habían sido agredidas sexualmente (ONUSIDA/ACNUR, 2003). Otros informes señalaron que los miembros de las milicias rebeldes violaban sistemáticamente a las muchachas y mujeres (Salama *et al.*, 1999).

El VIH y los conflictos: una relación compleja

Mayor vulnerabilidad durante conflictos

Los expertos que estudian la propagación del VIH en las situaciones de conflicto a menudo han creído que existe una correlación directa entre conflicto y riesgo de VIH. No obstante, este mayor riesgo no necesariamente se plasma en un aumento de la infección. A pesar de ello, durante la guerra civil de 10 años de Sierra Leona, muchos de estos indicadores indirectos apuntaban que el aumento del riesgo se traducían efectivamente en un aumento de las infecciones por el VIH.

- Indicios de niveles de VIH elevados: El Gobierno de Sierra Leona estima que la prevalencia del VIH entre profesionales del sexo fue del 27% en 1995 y del 71% en 1997 (Kaiser *et al.*, 2003). Mientras tanto, en el mismo periodo, la vigilancia efectuada en los dispensarios prenatales del país puso de manifiesto un aumento en la prevalencia del VIH del 4% al 7%. Estos hallazgos se hacían eco de otros estudios que indicaban que el 11% del personal de mantenimiento de la paz que regresaba a Nigeria desde Sierra Leona era VIH-positivo: más del doble de la prevalencia del VIH que presentaba Nigeria por aquel entonces (Smith, 2002).

¿Pueden actuar a veces los conflictos como frenos para contener la epidemia?

Recientemente, se ha llevado a cabo una investigación más rigurosa sobre las relaciones entre los conflictos y el riesgo de infección por el VIH. En unos pocos casos, los resultados dan a entender que, en algunas condiciones de conflicto, la transmisión del VIH puede ciertamente reducirse. En Sierra Leona, una vez terminaron las hostilidades, el Gobierno creó una asociación con el Banco Mundial y los Centros de Control y Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos para efectuar una encuesta nacional sobre la prevalencia del VIH y el comportamiento de riesgo. El estudio de 2002 confirmó niveles bajos de conocimientos relacionados con el VIH y niveles altos de violencia sexual.

Pero contrariamente a los indicadores indirectos que insinúan un aumento en la infección por el VIH, el estudio también encontró unas tasas de infección por el VIH mucho más bajas (1-4%) que las observadas anteriormente durante el conflicto. Una explicación parcial de este fenómeno la tendríamos en el hecho de que, durante la guerra, los movimientos dentro del país, la migración y el

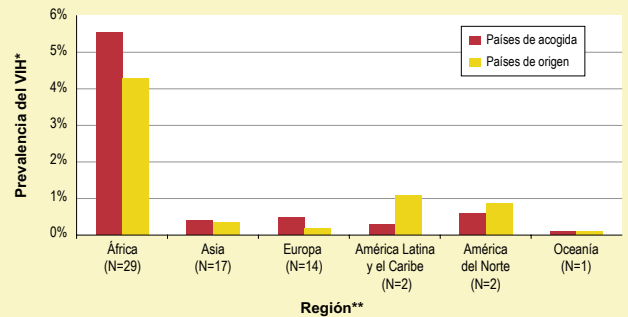
comercio transfronterizo se volvieron sumamente difíciles. Esto ayudó a « aislar » Sierra Leona de la creciente epidemia de VIH en África occidental. En la encuesta de 2002, alrededor del 90% de la población se quedó en el país como personas desplazadas internamente; solamente el 10% huyó a los países vecinos. Por consiguiente, en este caso, el aumento en el riesgo de infección por el VIH que se había traducido en una prevalencia del VIH elevada entre los profesionales del sexo no se tradujo realmente en un aumento sostenido de la infección entre la población general.

La experiencia de otros países ha aportado hallazgos similares. Por ejemplo, Bosnia y Herzegovina fue una zona en guerra desde 1992 hasta 1995, y a pesar de ello continuó presentando una prevalencia del VIH muy baja (el 0,0003% de la población en 2001). Esto fue así pese a que la guerra desplazó a muchas personas y hubo niveles muy altos de violencia sexual (Cavaljuga, 2002). Si el VIH ya no es prevalente en un país en conflicto, el virus no puede aprovecharse de las condiciones conducentes a su propagación. Además, los conflictos pueden hacer que una población sea menos móvil, y por tanto existen menos posibilidades de toparse con el VIH que en tiempos de paz.

Los refugiados y el VIH

Millones de personas huyen de los conflictos armados para buscar refugio en grandes campos de refugiados. Desafortunadamente, muchos de ellos,

Prevalencia del VIH por país de acogida y país de origen, por región, 2003



*Medias ponderadas: país de acogida por tamaño de la población, país de origen por tamaño de la población refugiada
**N = países de acogida con $\geq 10\,000$ refugiados
Fuente: ACNUR, 2004

Figura 49

particularmente mujeres y niñas, sufren pobreza, falta de poder, inestabilidad social y abuso sexual (Lubbers, 2003). Como los refugiados son vulnerables desde el punto de vista socioeconómico y cultural, se da por sentado desde hace mucho tiempo que hacen frente a un mayor riesgo de exposición al VIH. Sin embargo, como ocurre en algunas situaciones de conflicto prolongado, datos recientes indican que es posible que no desarrollen niveles más altos de infección por el VIH.

Entre 2001 y 2003, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y sus asociados midieron la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas que se encontraban en más de 20 campos con aproximadamente un total de 800 000 refugiados en Kenya, Rwanda, Sudán y Tanzania. Entre los resultados hallados, destaca que en tres de los cuatro países, las pobla-

Obtención de estimaciones de la prevalencia del VIH en situaciones de conflicto

En los países con epidemias generalizadas, la mayoría de las estimaciones nacionales de la prevalencia del VIH se basan en datos de la vigilancia que determinan la prevalencia a lo largo del tiempo entre las mujeres embarazadas que acuden a dispensarios prenatales centinela seleccionados. Si el funcionamiento de esos dispensarios resulta perjudicado durante las situaciones de conflicto y posteriores a conflictos, pueden utilizarse encuestas basadas en la población. Si la participación es demasiado baja, esas encuestas pueden subestimar los niveles de infección. Sin embargo, pueden llegar mucho mejor a las poblaciones rurales, que por lo general presentan niveles de VIH inferiores que las poblaciones urbanas. Estas encuestas también incluyen a varones y mujeres que no están embarazadas. La encuesta de Sierra Leona (mencionada más arriba) estuvo basada en la población, lo que en parte puede explicar por qué la prevalencia del VIH era más baja después del conflicto que en anteriores encuestas de vigilancia centinela (Spiegel, 2003).

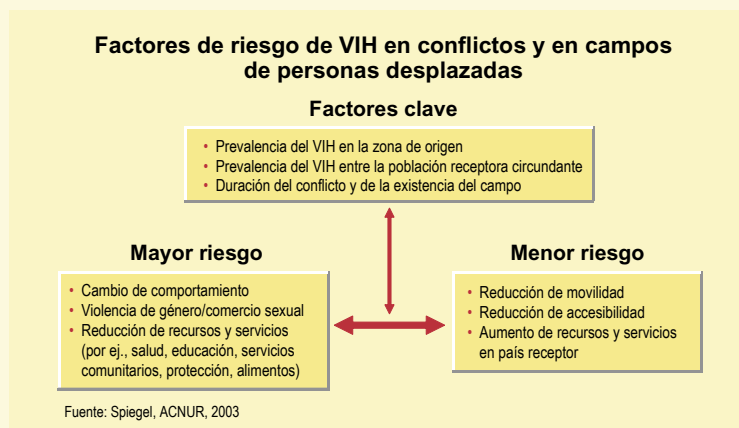


Figura 50

ciones refugiadas presentaban una prevalencia del VIH significativamente más baja que la de las comunidades vecinas. En el noroeste de Kenya, por ejemplo, el 5% de las mujeres refugiadas eran VIH-positivas, en comparación con una prevalencia del VIH del 18% en la población circundante del país receptor. En el cuarto país, el Sudán, los campos de refugiados y la comunidad anfitriona tenían tasas de infección parecidas (Lubbers, 2003).

Algunas discrepancias en la prevalencia del VIH entre los refugiados y las poblaciones de los países receptores obedecen a diversas razones. Históricamente, los países de origen africanos y asiáticos de la mayor parte de los refugiados han presentado por lo general una prevalencia del VIH menor que la de los países de acogida (véase figura 49). Los refugiados suelen vivir en campos situados en zonas rurales remotas y tienen poca libertad de movimiento, lo que puede reducir su contacto con la población del país receptor, en particular en las zonas rurales con elevada prevalencia. Además, los organismos internacionales y las organizaciones no gubernamentales han puesto a punto programas de prevención del VIH orientados a las poblaciones de refugiados. Esto reduce potencialmente el riesgo de exposición al VIH a través de la actividad sexual, el equipo de inyección contaminado y los suministros de sangre sin analizar.

Angola es un caso especial. Cuando terminó el conflicto angoleño, en abril de 2002, el país tenía una prevalencia del VIH notablemente inferior

(5-10% en Luanda y 1-3% en las zonas rurales) que otros países de África austral. Una vez más, si se hace la comparación con los países circundantes, un conflicto prolongado puede haber actuado como freno para contener la propagación del VIH en Angola. A medida que los refugiados eran repatriados desde Namibia y Zambia, entre la población angoleña surgieron falsos rumores de que hasta el 70% de los recién llegados eran VIH-positivos. Esos rumores produjeron una gran

ansiedad pública justificada por el miedo de que los refugiados repatriados podían propagar el VIH y poner en peligro la recuperación del país.

De hecho, el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) utilizó indicadores indirectos de la prevalencia del VIH para demostrar que esa tasa entre los refugiados repatriados era mucho más baja que la de las poblaciones receptoras circundantes en Namibia y Zambia. Los programas activos de prevención del VIH instaurados en los campos de refugiados hicieron que los refugiados repatriados en realidad tuvieran un mejor conocimiento del VIH que el promedio de angoleños. Efectivamente, la capacitación en materia de prevención impartida en los campos de refugiados pudo contribuir realmente a que los refugiados repatriados pasasen a ser un importante recurso para la prevención del VIH en Angola (Spiegel y de Jong, 2003).

La vigilancia del VIH y las emergencias

La experiencia acumulada en Angola y Sierra Leona pone de manifiesto que en las situaciones de emergencia se necesitan una investigación, supervisión y vigilancia del comportamiento más intensas y mejores. La creciente comprensión de las complejas relaciones entre el VIH y los conflictos explica que algunos factores que reducen el riesgo relacionado con el VIH (por ej., una movilidad reducida y una prevención orientada mejorada)

puedan entrar en competencia con factores que aumentan el riesgo. Entre los factores clave del equilibrio entre estas fuerzas en pugna figuran el grado de interacción entre los refugiados y las poblaciones del país receptor; el tipo de interacción, incluido el alcance de la violencia sexual; y la respectiva prevalencia del VIH de estos grupos (véase figura 50). Por consiguiente, se requiere una vigilancia cuidadosa para proporcionar orientación sobre las respuestas programáticas y de política apropiadas en distintos contextos.

Mejorar la vigilancia del VIH en las situaciones de emergencia es una tarea difícil, pero los organismos que trabajan en esas situaciones necesitan convertirlo en una prioridad. Una vigilancia eficaz requiere conocer la prevalencia del VIH en las zonas en las que las poblaciones afectadas vivían antes del desplazamiento. También necesita disponer de información comportamental y biológica posterior al desplazamiento sobre las infecciones por el VIH entre las personas desplazadas y las comunidades receptoras circundantes. Por último, es necesario que tenga un enfoque subregional con una coordinación e intercambio de información mejorados; asimismo, debe tener en cuenta el ciclo completo del desplazamiento, incluida la repatriación.

La vigilancia biológica y comportamental ayuda a los organismos a comprender mejor los factores que aceleran y reducen la transmisión del VIH, y facilita unas respuestas programáticas más eficaces. La vigilancia del VIH no es fácil de llevar a cabo durante la fase aguda de una emergencia. Sin embargo, es posible obtener estimaciones indirectas de la prevalencia del VIH a partir del análisis de las donaciones de sangre, y desglosar los resultados por edad y sexo. En situaciones posteriores a conflictos, la vigilancia centinela proporciona una información que responde mejor a la población general en conjunto (Spiegel, 2003).

Emprender una acción eficaz

Hasta hace poco, los organismos que intervienen en situaciones de conflicto dedicaban poca atención a la prevención, atención y vigilancia del VIH en casos de emergencia. No obstante, la crisis

de Rwanda de 1994 les ayudó a comprender que tanto las personas no desplazadas como las desplazadas que se ven afectadas por conflictos necesitan intervenciones relacionadas con el VIH. Para poner de relieve este punto, en 2002 el ACNUR empezó a aplicar su Plan Estratégico 2002-2004 sobre VIH y Refugiados. Concretamente, el Plan insistía en la importancia de poner en marcha servicios básicos de salud sexual y reproductiva, incluidas la prevención y atención de las infecciones de transmisión sexual y del VIH en una etapa muy temprana de una crisis de refugiados.

En 2003, diversas organizaciones de las Naciones Unidas y ONG reorganizaron un Grupo de Referencia del Comité Permanente Interinstitucional sobre el VIH en Situaciones de Emergencia para coordinar la acción en situaciones de emergencia. Se elaboraron unas directrices que destacaban la importancia de la acción multisectorial. Las organizaciones de las Naciones Unidas también han apoyado actividades integrales de prevención del VIH en las misiones de mantenimiento de la paz en países tales como la República Democrática del Congo, Eritrea, Etiopía y Sierra Leona.

En Liberia, la Cruz Roja Liberiana y el Fondo de Población de las Naciones Unidas colaboraron con muchas ONG locales para establecer programas de prevención y educación sobre el VIH en los campos que acogían a personas desplazadas internamente. Entre las medidas adoptadas figuraba la creación de espacios de reunión « respetuosos con los adolescentes » donde se impulsaba la discusión abierta de las preocupaciones de los jóvenes acerca del VIH. Se establecieron equipos de jóvenes para movilizar y sensibilizar respecto al VIH a las personas desplazadas internamente y a sus comunidades receptoras. Además, se realizaron esfuerzos concertados para mantener la distribución de preservativos para los desplazados.

Recientemente, las ONG que trabajan en campos de refugiados también han empezado a ejecutar programas más integrales sobre el VIH, ofreciendo servicios de asesoramiento y pruebas voluntarias y de prevención de la transmisión maternoinfantil.

Por ejemplo, en Tanzania, el organismo Ayuda Popular Noruega inició un programa piloto para refugiados en los campos de Lukole y Kitali, así como para la población de los alrededores. Durante los tres primeros meses, el programa prestó asesoramiento a cerca de 3000 mujeres embarazadas, más del 80% de las cuales aceptó someterse a la prueba del VIH (Norwegian People's Aid, 2002).

En Angola, ahora que ha vuelto la paz, las organizaciones de las Naciones Unidas están trabajando para mantener a niveles bajos la prevalencia del VIH. Las Naciones Unidas han anticipado que 240 000 refugiados serán repatriados de los campos de la República Democrática del Congo, Namibia y Zambia, y han puesto en marcha

un plan de acción que ha recibido el apoyo del Gobierno angoleño. Mientras sigan en los campos de refugiados, las personas desplazadas recibirán formación sobre prevención del VIH y tendrán acceso a los preservativos. A su regreso a Angola, los centros de acogida les proporcionarán educación, preservativos e intervenciones basadas en sus pares. El plan de acción también insta a establecer programas integrales sobre el VIH para todos los angoleños que viven en las zonas de regreso. Estos planes de emergencia ilustran un reconocimiento creciente de la necesidad de enfoques subregionales e integrados para poner en práctica intervenciones relacionadas con el VIH en las situaciones posteriores a conflictos y de repatriación. 