



Los refugiados y el SIDA



ONUSIDA
Actualización técnica

Septiembre de 1997

Colección ONUSIDA de *Prácticas Óptimas*

Panorama

El VIH puede propagarse rápidamente allí donde hay pobreza, falta de poder de intervención e inestabilidad social, condiciones que suelen revestir su mayor gravedad en las emergencias. En las situaciones de guerra o de conflicto civil muchos servicios de asistencia y prevención contra el VIH/SIDA se ven gravemente perturbados o completamente interrumpidos. Así, estén o no bien informadas, poco pueden hacer las personas para protegerse, justamente en un momento en que son especialmente vulnerables.

He aquí algunos de los factores que favorecen la propagación del VIH entre los refugiados:

- la vulnerabilidad de las personas desplazadas al abuso sexual y a la violencia
- la posibilidad de que los niños – sin demasiadas cosas en que ocuparse y sin nadie que los cuide – pasen a ser sexualmente activos antes de lo habitual
- el fenómeno de la prostitución, una de las pocas estrategias de supervivencia de las personas que han perdido sus fuentes normales de ingresos
- el desplazamiento de la población rural a zonas densamente pobladas, donde repentinamente pueden encontrarse en una situación de mucho más riesgo
- la falta de información y de material de inyección esterilizado para los consumidores de drogas intravenosas entre la población desplazada
- el riesgo de que la mayoría de la sangre utilizada para las transfusiones no haya sido cribada para detectar el VIH.

Entre las *respuestas básicas* en cualquier emergencia para prevenir la transmisión del VIH figuran las siguientes:

- procurar que los refugiados tengan acceso a la información y a los conocimientos prácticos necesarios para protegerse contra la infección por el VIH
- procurar que las personas dispongan de los medios que protegen contra el VIH, incluidos los preservativos
- facilitar guantes y demás material para garantizar las precauciones médicas universales y evitar la transmisión nosocomial del VIH, es decir, la transmisión en los entornos asistenciales a través de sangre contaminada
- someter toda la sangre donada a las pruebas de detección del VIH.

Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) está preparando una serie de materiales sobre temas de interés relacionados con la infección por el VIH y con el SIDA, con las causas y consecuencias de la epidemia y con las prácticas óptimas en materia de prevención y de asistencia y apoyo a los afectados por el SIDA. Para cada uno de los temas tratados en la Colección ONUSIDA de *Prácticas Óptimas* se incluye por lo general un texto breve dirigido a los periodistas y los líderes de la comunidad (Punto de vista); un resumen técnico de las cuestiones, los retos y las soluciones propuestos (Actualización técnica); estudios de casos de todo el mundo (Estudios de casos de *Prácticas Óptimas*); un conjunto de material gráfico para exposiciones; y una lista de material fundamental (informes, artículos, libros, audiovisuales, etc.) sobre el tema. Estos documentos se actualizarán según sea necesario.

Las series Actualización técnica y Punto de vista se publican en español, francés, inglés y ruso. Pueden obtenerse gratuitamente ejemplares sueltos de las publicaciones de la Colección de *Prácticas Óptimas* pidiéndolos a los Centros de Información del ONUSIDA. Para localizar el centro más cercano, consultar ONUSIDA en Internet (<http://www.unaids.org>), ponerse en contacto con el ONUSIDA por correo electrónico (unaids@unaids.org), telefonar (+41 22 791 4651) o escribir al Centro de Información del ONUSIDA (20, Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza)

El SIDA y las relaciones sexuales entre varones: Actualización técnica del ONUSIDA (Colección ONUSIDA de Prácticas Óptimas: Actualización técnica). Ginebra: ONUSIDA, Noviembre de 1997.

1. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – transmisión
2. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida – prevención y control
3. Refugiados
4. Emergencias

WC 503.71

Antecedentes

En una emergencia, la primera preocupación del personal de las operaciones de socorro es salvar a las personas que corren un riesgo de muerte inminente por traumatismo, inanición, frío o enfermedad. En el pasado esa preocupación dictaba en gran parte las prioridades de acción, pero desde finales del decenio de 1970 y comienzos del de 1980 existe una nueva amenaza: el SIDA.

Hasta hace muy poco, prevenir la propagación del VIH no se consideraba una prioridad en las intervenciones para los refugiados, en particular en las fases agudas iniciales de las emergencias, pues el virus no representa una amenaza inmediata para la vida. Sin embargo, la crisis de los refugiados de Rwanda, en 1994, obligó a cuestionar esas ideas. Hasta entonces nunca había habido una emergencia de tales dimensiones en un país con una prevalencia tan alta del VIH. Rápidamente hubo que admitir que la respuesta a la epidemia no podía demorarse hasta la normalización de la situación.

Con objeto de planificar el socorro para los refugiados, las emergencias se suelen dividir en cinco fases. Pero las emergencias no siempre evolucionan del mismo modo, y a veces se obvia completamente una fase. Es importante adecuar a cada fase las medidas relacionadas con el VIH.

Las medidas que se adopten en relación con el VIH dependerán también del tipo de emergencia. En general, los desastres naturales, como los terremotos, las sequías y las inundaciones, no destruyen la infraestructura nacional de prevención y asistencia contra el SIDA, aunque sí pueden desorganizarla localmente. En estos casos hay que centrarse en fortalecer la capacidad existente para afrontar el problema. No obstante, en caso de conflicto bélico, cuando apenas queda infraestructura aprovechable, la tarea inmediata es la reconstrucción.

Fase 1: el acontecimiento desestabilizador

Es el acontecimiento – por ejemplo, una guerra civil – que desencadena la emergencia y pone en peligro las vidas y el bienestar físico de la población.

Fase 2: desaparición de los servicios básicos

Constituye la fase aguda. Durante esta etapa se produce el colapso del orden político y social y de la infraestructura física. Ese colapso suele impedir que se cubran necesidades básicas como son la disponibilidad de alimentos y de agua potable, la vivienda, la seguridad y la asistencia sanitaria. Las condiciones reinantes en esta fase pueden forzar la población a huir. Pero si no es posible huir la gente ha de seguir viviendo en medio del caos. Las tasas de mortalidad y morbilidad pueden ser altas, y el hambre acuciante. En esta fase suele empezar a mobilizarse el socorro nacional o internacional.

Fase 3: restablecimiento de los servicios básicos

Es en esta fase cuando las respuestas de ámbito nacional e internacional a la emergencia empiezan a tener impacto. Crece la cobertura de las necesidades esenciales. Si bien las tasas de mortalidad y morbilidad pueden seguir siendo elevadas, las organizaciones de socorro empiezan a ocuparse de una gama más amplia de problemas de salud.

Fase 4: estabilidad relativa

En esta fase se van restableciendo o implantando los servicios que necesita la población afectada, en su propio país o en los campos de refugiados del extranjero. Las tasas de mortalidad son notablemente inferiores, y las causas principales de enfermedad han cambiado. Por ejemplo, tras restablecerse el suministro de agua potable, disminuyen los casos de enfermedades diarreicas y las infecciones respiratorias agudas, y hay más personas que acuden a los centros de salud para ser tratadas de afecciones crónicas como la tuberculosis, la malnutrición y las enfermedades de transmisión sexual (ETS).

Fase 5: vuelta a la normalidad

En este estadio, el acontecimiento desestabilizador inicial se ha resuelto o está en vías de resolverse. Se ha logrado un cierto grado de estabilidad política y socio-económica, y la situación en el país o la región de origen de la población desplazada ha mejorado hasta el extremo de que los afectados pueden plantearse volver a su hogar.

Los problemas

Transmisión del VIH a través de las transfusiones de sangre

La eficiencia de la transmisión del VIH por una transfusión de sangre contaminada es de más del 90%. En las situaciones de emergencia, cuando los servicios de transfusión ordinarios pueden haber quedado interrumpidos, es especialmente difícil garantizar la seguridad de las transfusiones sanguíneas.

Transmisión nosocomial del VIH

La transmisión nosocomial es la transmisión que se produce en un entorno asistencial: de un paciente a un agente de salud (o a la inversa), o de un paciente a otro paciente. Los riesgos principales para el personal de socorro son:

- las heridas con una aguja o un instrumento punzante contaminados con sangre
- la exposición de sus heridas abiertas a sangre contaminada (el VIH no se transmite a través de la piel intacta)
- las salpicaduras de sangre contaminada o de líquidos orgánicos a las membranas mucosas o a los ojos.

Además de la posible infección por una transfusión de sangre contaminada, los riesgos principales de transmisión nosocomial a los pacientes son los siguientes:

- los instrumentos contaminados, tales como agujas, jeringuillas y escalpelos, que se utilizan sin una desinfección o esterilización adecuada
- la exposición de heridas abiertas a sangre contaminada.

El principio rector para prevenir la infección por el VIH en entornos de emergencia es que toda sangre debe considerarse potencialmente infecciosa.

Transmisión sexual del VIH y de otras ETS

El contacto sexual con penetración – vaginal o anal – y sin preservativo (relación sexual sin protección) es el medio más común de transmisión del VIH. Ese contacto puede presentar distintas formas:

- *Coacción, abuso o violación sexual.* Los refugiados no suelen tener ningún poder físico ni social, y dentro de este grupo las mujeres y los niños corren un riesgo particular. Con frecuencia reciben presiones para tener relaciones sexuales o son violados. La violencia sexual entraña un mayor riesgo de infección porque la persona violada no puede imponer ninguna forma de protección en las relaciones y porque el virus se transmite más fácilmente cuando hay desgarramiento de los tejidos corporales como resultado de la violencia de la relación.

- *Prostitución.* Las necesidades económicas, alimentarias y de otro tipo son unas de las principales razones que conducen a las mujeres a ejercer la prostitución y que animan a otras a hacerlo también. La prostitución se ejerce muy a menudo en los campamentos de refugiados o en sus alrededores, y en ella participan tanto los refugiados como la comunidad de acogida.

- *Vulnerabilidad de los niños.* Los niños de los campamentos de refugiados suelen tener poco o ningún acceso a la información sobre el VIH, a la escolarización e incluso a actividades recreativas. El aburrimiento y el desconocimiento de los riesgos del VIH pueden favorecer la transmisión del virus a través de la experimentación sexual o del consumo de drogas.

Falta de asistencia sanitaria

La falta de información sobre las ETS y de servicios para atenderlas

conduce a un aumento de las ETS sin tratar o de la tardanza en tratarlas. Las ETS y sus complicaciones son una causa importante de mala salud (aunque pueden ser asintomáticas en las mujeres). Además, una ETS sin tratar en uno de los miembros de la pareja multiplica enormemente el riesgo de transmisión del VIH durante una relación sexual sin protección.

Transmisión del VIH a través de la inyección de drogas

Si la emergencia tiene lugar en una zona en que el consumo de drogas intravenosas es habitual, puede que esta práctica continúe en los asentamientos de refugiados o personas desplazadas. Compartir agujas o jeringuillas sin esterilizar adecuadamente el material conlleva un riesgo muy alto de transmisión del VIH cuando el virus está presente.

Campamentos de refugiados tibetanos: el conjunto de medidas mínimo

El departamento tibetano de salud de los refugiados designó 1997 como el «Año de sensibilización sobre el SIDA para los refugiados tibetanos». En los asentamientos de refugiados tibetanos del sur de la India se ha puesto en marcha un proyecto de educación comunitaria sobre el SIDA, que se acompañará del establecimiento de un sistema de distribución de preservativos. Este enfoque sigue muy de cerca el criterio del «conjunto de medidas mínimo» recomendado por el ONUSIDA.

Las respuestas

Fase 1: el acontecimiento desestabilizador

En esta fase caótica pueden realizarse pocas actividades relacionadas con el VIH/SIDA, salvo asegurar un suministro de sangre para transfusión no contaminada por el VIH. También puede producirse, o traducirse a los idiomas adecuados, la información básica sobre la situación respecto al VIH y las ETS en la zona afectada por la emergencia, y las directrices destinadas al personal encargado de las operaciones de socorro y a otros agentes que vayan a trabajar sobre el terreno.

Fase 2: desaparición de los servicios básicos

En esta fase la principal preocupación de los organismos consiste en salvar vidas. Sólo son factibles las actividades más elementales de prevención contra el VIH. La prioridad es facilitar lo que se conoce como «conjunto de medidas mínimo» para las situaciones de emergencia, que se resume en las cuatro respuestas siguientes:

- observancia de las precauciones médicas universales
- medidas para asegurar transfusiones de sangre seguras
- suministro de información básica sobre el VIH/SIDA
- distribución de preservativos.

Para las dos últimas medidas mencionadas es importante lograr la colaboración de la propia comunidad de refugiados. También es sumamente importante que en las intervenciones relacionadas con el SIDA haya una buena coordinación entre todas las organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales.

Precauciones médicas universales

Las precauciones universales son un sencillo conjunto normalizado de procedimientos que hay que seguir al atender a cualquier paciente. Esos procedimientos tienen la misma importancia en todas las fases de una emergencia. Su objetivo es reducir al mínimo el riesgo de transmisión de agentes infecciosos a través de la sangre, incluido el VIH. Consisten en las medidas siguientes:

1. *Lavarse bien las manos con agua y jabón.* Eso es especialmente importante después de todo contacto con heridas o líquidos orgánicos. Si se secan las manos con una toalla reutilizable, ésta debe lavarse periódicamente.
2. *Guantes.* Se deben utilizar guantes protectores en todos los procedimientos en que haya contacto con sangre o con otros líquidos orgánicos potencialmente infectados. Hay que desechar los guantes una vez terminado el contacto con el paciente, o lavarlos y esterilizarlos antes de volverlos a usar, según convenga. Para eliminar material y objetos punzantes se deben usar guantes de gran resistencia.
3. *Ropa protectora.* La ropa protectora – como batas o mandiles impermeables, mascarillas o gafas protectoras – se debe emplear cuando haya riesgo de exposición a gran cantidad de sangre.
4. *Manipulación segura de objetos punzantes.* Todos los objetos punzantes se deben manipular con extremo cuidado, y nunca deben pasarse directamente de una persona a otra. No hay que intentar nunca doblar o romper las agujas, ni volverlas a introducir en su capuchón, operación que es causa habitual de las heridas por agujas.

Debe haber siempre a mano, pero fuera del alcance de los niños, contenedores de paredes resistentes para la eliminación de objetos punzantes. Éstos no deben tirarse nunca en los cubos o bolsas de basura ordinarios.

5. *Eliminación segura del material de desecho.* Las personas que necesitan comida, en particular los niños pequeños, hurtan a veces en la basura, de ahí la gran importancia de una eliminación segura del material de desecho. Ese material se debe quemar, y el que siga siendo peligroso – como los objetos punzantes– se enterrará en un agujero profundo a 10 metros como mínimo del curso de agua más próximo.

6. *Limpieza y desinfección.* La limpieza del instrumental médico entre los sucesivos pacientes es fundamental. Debe prestarse una atención especial a los instrumentos contaminados por líquidos orgánicos. El VIH se inactiva mediante ebullición o con desinfectantes químicos. El material no reutilizable – como las agujas y las jeringuillas desechables – no debe usarse nunca más de una sola vez. El material reutilizable se tiene que desmontar y limpiar detenidamente, y luego se somete a ebullición durante un mínimo de 20 minutos. Los instrumentos sensibles al calor pueden esterilizarse con diversos agentes químicos, como los productos que contienen cloro (por ejemplo, algunos desinfectantes domésticos), glutaraldehído al 2%, etanol al 70% o isopropanol al 70%.

7. *Forma de proceder con los cadáveres.* El VIH sólo puede vivir y reproducirse en una persona con vida. Poco después de fallecer una persona infectada por el VIH, el virus también muere. Sin embargo, cuando se manipulan

Las respuestas

cadáveres en una situación de emergencia, el personal encargado de las operaciones de socorro debe ponerse guantes protectores siempre que sea posible y cubrirse cualquier herida que tenga en las manos o los brazos con un emplasto o una venda. También debe lavarse bien las manos con agua y jabón al término de esta operación.

Las transfusiones de sangre

Toda la sangre donada debe ser analizada. Las pruebas de detección del VIH, y de otros agentes infecciosos como el virus de la hepatitis B o el causante de la sífilis, deben efectuarse con los métodos más adecuados. En las situaciones de emergencia agudas esas pruebas deben ser sencillas o rápidas.

Antes de las transfusiones también se tienen que realizar las pruebas Rhesus y las sencillas pruebas de compatibilidad ABO.

Las transfusiones sólo se deben practicar cuando peligre la vida y no haya otra alternativa. Siempre que sea posible se usarán sucedáneos de la sangre, como cristaloides (soluciones salinas) y coloides. Se ha de utilizar la sangre de los donantes que menos probabilidades tengan de estar infectados por el VIH. Se puede ayudar a los donantes potenciales a «auto-seleccionarse» dándoles indicaciones claras sobre los comportamientos de riesgo de infección que pueden haberlos descalificado como donantes de sangre. (Véase, en la sección Material fundamental, *Guidelines for HIV interventions in emergency settings*, ONUSIDA, 1996).

Información y preservativos

Es necesario recordar a los refugiados que, además de otros peligros inmediatos, la transmisión del VIH sigue siendo

una amenaza. También se les debe persuadir de que el contacto cotidiano con personas infectadas por el VIH no supone ninguna amenaza. Necesitan información apropiada y básica sobre la mejor forma de protegerse y de proteger a los demás de la infección, en particular sobre cómo y dónde adquirir los preservativos, que deberían proporcionarse gratuitamente. Y también necesitan saber cómo cuidar de sí mismos si ya están infectados por el VIH. Eso significa darles información sobre dónde lograr atención médica y acerca de las medidas elementales de higiene.

En las situaciones de emergencia, cuando las comunicaciones normales quedan interrumpidas, la gente tiende a reunirse junto a los aparatos de radio para informarse.

Los derechos humanos

En todas las operaciones de socorro para los refugiados se deben respetar y proteger los derechos humanos. Proporcionar educación y servicios contra el VIH/SIDA debe considerarse como parte de la satisfacción de los derechos humanos fundamentales a la vida, la educación, la salud y la información. Las personas tienen también el derecho a no sufrir violencia, incluida la violencia sexual. La coacción y la discriminación (a veces contra las personas que viven con el VIH o el SIDA) nunca están justificadas. En particular, unas pruebas de detección del VIH obligatorias no benefician en modo alguno a la salud pública y al mismo tiempo violan los derechos de la gente, como su derecho a la intimidad y la seguridad, así como los principios del consentimiento informado y de la confidencialidad.

La radio es, por consiguiente, una de las primeras alternativas que hay que tomar en consideración para hacer anuncios públicos, y debe utilizarse para transmitir mensajes apropiados sobre el SIDA.

Fase 3: restablecimiento de los servicios básicos

Con el retorno de una cierta estabilidad las organizaciones de socorro pueden empezar a organizar intervenciones más complejas y dinámicas contra el VIH/SIDA, como por ejemplo:

- evaluar la infraestructura del sistema de salud, y decidir qué material y qué aptitudes se requieren para las actividades contra el VIH/SIDA;
- reunir la información disponible sobre la situación con respecto al VIH y las ETS en las zonas afectadas antes de la emergencia;
- conocer las actitudes y los comportamientos de riesgo existentes, y formular intervenciones para reducir esos comportamientos y la discriminación contra las personas afectadas por el VIH/SIDA (esta medida y las dos anteriores deben realizarse con la participación de los propios refugiados);
- mejorar el conjunto de medidas mínimo (descrito en la fase 2), incluida la identificación del apoyo adicional necesario para asegurar un suministro de sangre ininterrumpido y seguro;
- producir información, y emprender actividades educativas y de promoción del preservativo en la comunidad para propiciar comportamientos sexuales más seguros, tanto entre los refugiados como en la comunidad de acogida. Como parte de ello deben realizarse actividades que aborden la vulne-

Las respuestas

rabilidad especial de los niños y los adolescentes, y que proporcionen a los jóvenes medios constructivos para participar en la lucha contra el VIH/SIDA;

- establecer un programa de lucha contra las ETS, incluido su tratamiento; a las personas seropositivas o con SIDA.

Preservativos

En la fase aguda (fase 2) la tarea más urgente es distribuir gratuitamente preservativos de buena calidad a las personas que los necesitan. En las fases posteriores (fase 3 y sucesivas), es importante aprovechar ese trabajo y establecer un «programa de preservativos», eso es, toda la gama de actividades que van de la promoción de los preservativos a la planificación y la gestión de los suministros y su distribución.

Enfermedades de transmisión sexual

En la mayoría de los asentamientos de refugiados los servicios de laboratorio para el diagnóstico de las ETS son mínimos o inexistentes. El enfoque recomendado para el tratamiento de los casos de ETS –es decir, para diagnosticar y tratar las ETS– es el enfoque «sindrómico», así llamado porque se basa fundamentalmente en la exploración físicodiagnóstica y requiere poco o ningún apoyo de laboratorio. La única excepción es la detección de la sífilis *in situ* con pruebas serológicas sencillas. Se recomienda efectuar la prueba de la sífilis en las mujeres embarazadas y para seleccionar a los donantes de sangre.

Debe impartirse educación sobre las ETS, así como información acerca del VIH/SIDA. Los servicios de atención contra las ETS deben integrarse con otros centros

o servicios de salud en lugares accesibles, y tienen que ser cómodos, privados y confidenciales. En la mayoría de las situaciones se necesitarán disposiciones especiales para que esos servicios sean accesibles a las mujeres y los jóvenes y los atiendan bien. (Véanse, en la sección Material fundamental, *Reproductive health reference materials*, Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situation, 1996, y *Guidelines for the management of reproductive health services during conflict and displacement*, WHO/FRH, 1996.)

Asistencia

La asistencia integral a las personas con enfermedades oportunistas relacionadas con el VIH debe considerarse como una parte esencial de la atención curativa básica en cualquier situación de emergencia con refugiados. Entre los elementos de esa asistencia integral figuran los siguientes:

- el tratamiento clínico, incluidos el diagnóstico precoz, el «tratamiento racional» (es decir, unos servicios coordinados basados en normas de procedimiento y en el uso prudente de unos recursos limitados) y la planificación de la asistencia ulterior
- una atención de enfermería que fomente la higiene y la buena nutrición, alivie los síntomas y el dolor (atención paliativa) y eduque a las personas y las familias en la prevención del SIDA y la asistencia a quienes lo sufren
- servicio de apoyo psicológico para ayudar a las personas a tomar decisiones fundamentadas sobre las pruebas de detección del VIH (cuando éstas puedan efectuarse) y reducir su estrés, así como para fomentar relaciones

sexuales más seguras

- apoyo social a las personas que viven con el VIH o el SIDA, incluida la formación y capacitación de grupos de autoayuda y de otros grupos de apoyo basados en la comunidad.

El establecimiento de programas de promoción de las pruebas voluntarias y de consejo en materia de VIH no es una prioridad durante las fases iniciales de una emergencia, pero cabe pensar en ello una vez recuperada cierta estabilidad. En las fases agudas, es más importante que los recursos disponibles para las pruebas del VIH se destinen a asegurar un suministro de sangre segura para las transfusiones.

Fases 4 y 5: estabilidad y normalidad relativas

Con el retorno de una estabilidad y normalidad relativas, deben proseguirse las actividades relacionadas con el VIH/SIDA que ya se han descrito. En esta etapa se tienen que establecer mecanismos para supervisar las actividades clave y hacer los ajustes que se requieran.

Material fundamental

Guidelines for HIV interventions in emergency settings. Ginebra, ONUSIDA, 1996 (UNAIDS/96.1). Documento de 59 páginas preparado con objeto de capacitar lo antes posible a los gobiernos y a los organismos de cooperación, para adoptar las medidas necesarias a fin de prevenir la rápida propagación de la epidemia de VIH en las situaciones de emergencia. (En francés y en inglés)

Reproductive health reference materials. Ginebra, Inter-Agency Working Group on Reproductive Health in Refugee Situations, 1996. Conjunto de material de referencia que incluye una sección centrada en el VIH, el SIDA y las ETS. Se proporciona también una lista de una página con direcciones de contacto para obtener referencias e información complementaria. (En inglés)

Blood needs in disaster situations: Practical advice for emergencies. *Transfusion International*, 1993, 59:9. Ginebra, Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. Consejos prácticos para organizar las transfusiones de sangre en las condiciones caóticas que suceden a una catástrofe. (En inglés)

An inter-agency field manual: Reproductive health in refugee situations. Ginebra, FNUAP/ACNUR, 1995. (El ACNUR también dispone de una cinta de video titulada *Reproductive health in refugee situations*, destinada al personal no sanitario que trabaja en cam-

pamentos de refugiados.) Manual de 83 páginas sobre cuestiones relacionadas con la salud reproductiva que afectan a las mujeres, a los adolescentes y a los hombres que se encuentran en campamentos de refugiados. Se ha concebido como herramienta para ayudar a ejecutar, vigilar y evaluar las intervenciones en materia de salud reproductiva. (En francés y en inglés)

Sexual violence against refugees: Guidelines on prevention and response. Ginebra, ACNUR, 1995. Manual de 99 páginas sobre cuándo y cómo puede surgir la violencia sexual en el contexto de los campamentos de refugiados, y sobre sus efectos, con consejos prácticos básicos en materia de tratamiento médico, apoyo psicológico e intervención jurídica. (En francés y en inglés)

Mental health of refugees. Ginebra, OMS/ACNUR, 1996. Manual de 134 páginas centrado en objetivos específicos de capacitación para el personal de operaciones de socorro. Proporciona orientaciones prácticas sobre cómo ayudar a los refugiados y a las personas desplazadas mediante el consejo, los grupos de autoayuda, los medicamentos modernos y la medicina tradicional; incluye una sección especial sobre los niños refugiados. (En inglés)

Surveillance in emergency situations. Bruselas, Médicos sin Fronteras, 1993. Guía práctica de 46 páginas sobre el establecimiento de un sistema de vigilancia en las primeras fases de una situación de emergencia, particularmente en campa-

mentos de refugiados o de personas desplazadas. (En francés y en inglés)

Reproductive health for refugees. A selected bibliography. Arlington, VA, EE.UU, John Snow International, 1995. Obra de 67 páginas, de bibliografía seleccionada, preparada para facilitar información clave en apoyo del desarrollo rápido de servicios de salud reproductiva para los refugiados y para las personas desplazadas en el interior de su país. El repertorio incluye un componente técnico esencial de la salud reproductiva como es el que abarca el VIH, el SIDA y las ETS. (En inglés)

Guidelines for the management of reproductive health services during conflict and displacement (draft). Ginebra, OMS/FRH, 1996. Documento de 124 páginas dedicado a los gestores de programas de salud encargados de la gestión diaria de los servicios de salud reproductiva (incluidos los servicios de atención de las ETS y los de transfusiones de sangre) en situaciones de conflicto o de desplazamiento. (En inglés)

Reproductive health issues in refugee settings (draft). Atlanta, GA, EE.UU., CARE International, 1996. Módulo de capacitación de cinco días de duración para personal de salud centrado en la adquisición de conocimientos prácticos en la planificación familiar; el VIH, el SIDA y las ETS; la violencia sexual y por razón de género; la atención materna, incluida la maternidad sin riesgo; y las emergencias obstétricas. (En inglés)

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, 1997. Reservados todos los derechos. Esta publicación puede reseñarse, citarse, reproducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente, siempre y cuando se nombre su procedencia. No se permite su venta o su uso en conexión con fines comerciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA (información: Centro de Información del ONUSIDA, Ginebra, véase pág. 2). Las opiniones expresadas en documentos de autor mencionado son de su responsabilidad exclusiva. Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que el ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.