

ATENCIÓN A LAS NECESIDADES DE SALUD REPRODUCTIVA DE LAS PERSONAS DESPLAZADAS

por Liz Creel

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) considera que el cuidado de la salud reproductiva se encuentra entre los elementos más importantes que permiten a los refugiados acceder tanto al bienestar como a la dignidad humana de orden básico a los que toda persona tiene derecho a acceder¹. El cuidado de la salud reproductiva no ha recibido hasta ahora suficiente atención en el marco de las actividades de ayuda y asistencia; sin embargo, muchas organizaciones humanitarias internacionales han comenzado a elaborar y adoptar programas con miras a brindar a los refugiados el apoyo que necesitan en este sentido.

Definiciones: ¿Qué es un refugiado? ¿Qué es una persona desplazada internamente?

Casi 37 millones de personas en todo el mundo se encuentran actualmente viviendo lejos de su hogar y comunidad por causa de catástrofes, persecuciones, guerras u otro tipo de violencia. Se considera que una persona es un refugiado si ésta ha cruzado una frontera internacional entre dos países, mientras que se llama “persona desplazada internamente” a toda persona que haya sido obligada a abandonar su hogar pero que permanece dentro de los límites de su país. Hay más de 14,5 millones de refugiados en todo el mundo; el número de personas desplazadas internamente es aún mayor, ya que supera la cifra de 20 millones (véase la figura 1 en la página 2)².

Si bien la proporción entre hombres y mujeres refugiados es casi la misma a escala mundial, existen diferencias que se manifiestan en el ámbito regional. En algunas zonas las mujeres y niños constituyen el 90 por ciento de la población de refugiados debido a que sus maridos o padres han muerto, han sido privados de su libertad o han dejado su hogar para convertirse en combatientes en algún conflicto.

Muchos refugiados son personas que ya padecían problemas de salud graves antes de su desarraigo. La mayor parte de las personas desplazadas provienen de países con una baja esperanza de vida e índices altos de mortalidad materna y mortalidad



Jonathan Frerichs/ JHU/CCP

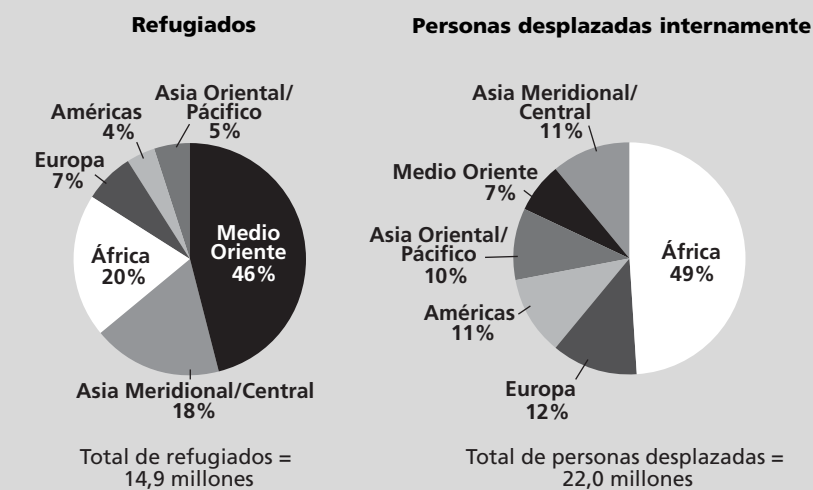
de recién nacidos. Suelen tener también serias limitaciones en materia de alfabetismo y aptitudes, así como bajos índices de empleo y se encuentran además entre los grupos que ocupan las posiciones más bajas en la sociedad. Estos problemas pueden verse exacerbados a causa del desplazamiento que se han visto obligados a emprender.

Los refugiados y las personas desplazadas internamente deben enfrentar un sinnúmero de cambios entre los que figuran la pérdida del apoyo social que reciben de familiares y amistades, presiones para alterar los niveles de fecundidad deseados, y modificación del rol que desempeñan en la sociedad. Los refugiados acogidos en campamentos son los que a menudo corren con más suerte puesto que los campamentos, por más excesivas que sean sus condiciones de hacinamiento, suelen suministrar alimentos, agua, atención primaria de la salud así como formación y capacitación vocacional, entre otras actividades. Las personas desplazadas internamente y los refugiados que no viven en campamentos no siempre disponen de esos servicios.

En muchos casos, sin embargo, la salud reproductiva tanto de las mujeres como de los hombres, queda desatendida. Con frecuencia, los refugiados no reciben ningún tipo de atención a su salud

Figura 1

Desglose regional de la población mundial de refugiados y personas desplazadas internamente en 2001



NOTA: Resulta difícil calcular con precisión la cantidad de personas desplazadas internamente. La cifra proviene de cálculos realizados por el U.S. Committee for Refugees.

FUENTE: U.S. Committee for Refugees, 2002.

reproductiva, o bien recibe servicios de salud del ACNUR o de algún otro donante³. Pero los servicios básicos de planificación familiar y de atención de la salud materna e infantil no están, en general, orientados a atender los problemas que suelen sufrir los refugiados y las personas desplazadas internamente.

Problemática de la salud reproductiva de los refugiados y personas desplazadas internamente

Muchas de las mujeres que son refugiadas o desplazadas internamente deben enfrentar embarazos no deseados, embarazos no planificados, e intervalos sumamente cortos de separación entre una gestación y la siguiente. Las causas de estos problemas son variadas: el acceso insuficiente a servicios de control de la natalidad y anticonceptivos; el hecho de que los prestadores de servicios de salud, abrumados por tanta responsabilidad, disponen de poco tiempo para informar y asesorar a las refugiadas; las presiones de esposos u otros miembros de la familia para “repoblar” el grupo; y, finalmente, el aumento de las violaciones y de la prostitución. Entre los refugiados, el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) y

de que las mujeres sean objeto de actos violentos son mayores que en las poblaciones estables⁴.

Las investigaciones indican que la disponibilidad de anticonceptivos entre las poblaciones estables de refugiados ha mejorado con respecto a los años de la década de 1990⁵. Los investigadores saben relativamente poco acerca de las formas en que el período inmediatamente posterior a la huida afecta a las preferencias de fertilidad de los refugiados. Al parecer, sin embargo, las preferencias de fertilidad de los refugiados regresan al parecer en un tiempo relativamente rápido a los niveles que tenían antes de que éstos se vieran forzados a abandonar sus hogares⁶. En un estudio realizado en el año 2000 sobre la salud reproductiva de afganos refugiados en Pakistán se encontró que un 9 por ciento de las mujeres casadas en ese momento utilizaban métodos de planificación familiar, y que de éstas, un 70 por ciento prefería recibir inyecciones⁷.

La violación y otros tipos de agresión sexual violenta han sido utilizadas con frecuencia como arma de guerra para desmoralizar a las comunidades atacadas (como sucedió en la ex-Yugoslavia) e incluso con el propósito de modificar la composición étnica de la población (tal como ocurrió tanto en Ruanda como en la ex Yugoslavia). Los guardias fronterizos, soldados y otros refugiados también perpetran actos de violencia contra las mujeres refugiadas. En un estudio realizado en Sierra Leona que abarcó a más de mil familias durante los ocho años que duró la guerra civil de ese país, se encontró que hasta un 11 por ciento de las mujeres y niñas desplazadas habían sufrido actos de violencia sexual relacionados con la guerra⁸. La violencia contra las mujeres puede tener consecuencias físicas muy serias, entre ellas, la infección con VIH/SIDA, el hecho de que la mujer quede embarazada o bien que pierda un embarazo que ya estaba gestando.

Las enfermedades de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA, pueden transmitirse con rapidez en los ámbitos en los que habitan refugiados debido a: el escaso suministro de anticonceptivos tales como preservativos, la presencia de fuerzas militares, las cuales tienden a registrar índices más altos de enfermedades transmitidas por contacto sexual que las poblaciones civiles en tiempos de paz⁹, la mayor vulnerabilidad de los refugiados que pueden convertirse en víctimas de la violencia sexual, de la agresión contra la mujer y de ser sometidos al trabajo sexual, un riesgo mayor de

recibir transfusiones de sangre que no haya sido analizada correctamente y, finalmente, la presencia de poblaciones con VIH¹⁰.

Muchas refugiadas y sus bebés recién nacidos padecen problemas de salud derivados del embarazo y del parto, incluidas las complicaciones del embarazo y los abortos espontáneos¹¹. Durante su desplazamiento y huida y al comienzo de su posterior asentamiento, las mujeres se ven con frecuencia obligadas a dar a luz en el camino, en bosques o en albergues temporales en condiciones que resultan peligrosas tanto para ellas como para sus hijos. En una investigación sobre los refugiados afganos se encontró que el 41 por ciento de las muertes de mujeres se debía a causas relacionadas con la maternidad, superando así cualquier otra causa de muerte entre las mujeres¹². Otro estudio mostró que tanto el índice de mortalidad perinatal (mortinatos y muertes de recién nacidos durante la primera semana de vida) como la proporción de bebés con bajo peso al nacer se duplicó durante el sitio de Sarajevo; así, la cantidad registrada de defectos de nacimiento fue ocho veces mayor a la que se registrara antes del sitio¹³. Los investigadores atribuyen en parte este aumento a la destrucción de la infraestructura de servicios de salud y a las deficiencias en la nutrición¹⁴.

Las complicaciones del embarazo y parto, tales como las hemorragias graves, el parto obstruido y los abortos practicados con métodos peligrosos, pueden afectar más a la mujer desplazada y conducir a la infertilidad y la muerte. Aquellas refugiadas que desean interrumpir su embarazo y que no tienen acceso a servicios adecuados de aborto se someten a veces a prácticas abortivas peligrosas y terminan necesitando atención médica de urgencia y asesoría psicológica. Según el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), las complicaciones que surgen como consecuencia de abortos llegan a causar, de por sí, hasta un 50 por ciento de las muertes maternas entre refugiadas¹⁵.

Para un mejor cuidado de la salud reproductiva de refugiadas y desplazadas

A mediados del decenio de 1990 varios sucesos pusieron de manifiesto la necesidad de que los refugiados reciban cuidados adecuados de salud reproductiva. En un estudio realizado por la Comisión de la Mujer para Mujeres y Niños Refugiados en 1994, se encontró que los servicios de salud que se ofrecían

en aquel entonces casi nunca atendían las necesidades de salud reproductiva de los refugiados, (salvo el cuidado prenatal y la atención durante el parto). Tanto en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo de 1995 como en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer que tuvo lugar en 1995 se hicieron llamamientos que convocaban a realizar mayores esfuerzos con el fin de proteger a refugiados y poblaciones desplazadas y de garantizar que éstos tengan acceso a servicios de atención de la salud¹⁶. Como consecuencia de estas conferencias, se formaron coaliciones con el propósito de mejorar el acceso de los refugiados a servicios de calidad en materia de salud reproductiva, tales como el Grupo de Trabajo Inter-Agencial sobre Salud Reproductiva de los Refugiados (IAWG) y el Consorcio para la Salud Reproductiva de Refugiados (RHRC). Los conflictos que estallaron en Ruanda y la ex-Yugoslavia, en los que se perpetraron de manera generalizada atrocidades y actos de violencia sexual contra la mujer, también pusieron de relieve la necesidad que tienen los refugiados de recibir asistencia médica reproductiva.

El IAWG elaboró un manual en el que se disponen las normas técnicas de la Organización Mundial de la Salud, y en el que se concluye que la salud reproductiva de los refugiados debe abarcar la planificación familiar, la protección de la mujer contra la violencia física y sexual, la prevención y el tratamiento de enfermedades transmitidas por contacto sexual y del VIH/SIDA, la atención adecuada prenatal y durante el parto, y la atención urgente en caso de que ocurran complicaciones durante el embarazo o el parto, así como las que puedan surgir como consecuencia del aborto¹⁷.

Etapas progresivas de la asistencia

Los expertos internacionales en materia de salud recomiendan que se adopte una serie de intervenciones prioritarias de salud reproductiva durante la etapa inicial de una emergencia que derive en una crisis de refugiados y, una vez que la situación se haya estabilizado, que se ofrezca un paquete de servicios más completo. Para la etapa inicial, el ACNUR propone que se ofrezca un Paquete Inicial de Servicios Mínimos (MISP), que consta de una serie de actividades tendientes a reducir las muertes y enfermedades causadas por cuestiones de salud reproductiva. La implementación de este paquete deberá estar a cargo de un grupo de personal calificado que deberá ponerlo en práctica de forma coor-

dinada. En concreto, el paquete inicial consta de los siguientes elementos:

- Identificación de las personas a cargo de la coordinación de los servicios de salud reproductiva;
- Reducción de la transmisión de VIH mediante la distribución de preservativos y orientación ofrecida a los proveedores de servicios de salud sobre precauciones médicas indispensables para evitar el VIH/SIDA;
- Prevención y manejo de las consecuencias de la violencia contra la mujer, incluyendo la entrega de anticonceptivos de emergencia (dosis altas de píldoras anticonceptivas suministradas dentro de las 72 horas posteriores al acto sexual sin protección);
- Reducción de muertes y enfermedades de neonatos y madres mediante la entrega a madres, asistentes de parto y parteras de botiquines para la asistencia durante el parto;
- Elaboración de un sistema para derivar pacientes a clínicas y hospitales locales en casos de emergencia que precisan de atención obstétrica y;
- Planificación destinada a integrar, de ser posible, todos los servicios de salud reproductiva al sistema de atención primaria de la salud¹⁸.

Un obstáculo que se interpone en la adopción del MISP ha sido la escasez tanto de empleados competentes como de suministros de emergencia. Para superar estos inconvenientes, el FNUAP preparó el Botiquín de Salud Reproductiva para Situaciones de Emergencia que contiene los materiales necesarios para implementar las medidas del paquete MISP; el botiquín incluye doce paquetes de preservativos, suministros para el parto en casa o a cargo de profesionales, medicamentos para aplicar en caso de violación, instrumental quirúrgico para el parto y equipo para la transfusión de sangre¹⁹. El paquete MISP se ha utilizado desde 1997 como apoyo al cuidado de la salud reproductiva en casos de emergencia cuando han estallado crisis en varios países tales como Afganistán, Honduras, Turquía y Uganda²⁰.

Una vez estabilizada la crisis, los expertos internacionales en salud recomiendan que se amplíen los servicios de salud reproductiva para que éstos abarquen las necesidades a largo plazo de los refugiados mediante la inclusión de las comunidades en el diseño y prestación de esos servicios. En los casos en que los refugiados viven en campamentos, los expertos aconsejan que se impartan cursos clínicos y programas de divulgación que dispongan de mecanismos fiables para derivar a los pacientes a

clínicas y hospitales locales. Si, por el contrario, los refugiados están dispersos por toda la comunidad, los especialistas recomiendan que se procure reforzar el servicio público de salud del que se disponga y que se ofrezca más apoyo para tratar los problemas de salud propios de los refugiados, como por ejemplo el trastorno de estrés postraumático²¹.

Prestación de servicios de planificación familiar y prevención y tratamiento de enfermedades de transmisión sexual

Los expertos en salud a escala internacional recomiendan trabajar con los prestadores de servicios de salud para asegurarse de que tanto hombres como mujeres tengan acceso a servicios de planificación familiar que sean a la vez seguros, asequibles, y culturalmente apropiados, y que garanticen los derechos de confidencialidad y privacidad de aquellos que los utilicen. Los mismos expertos aconsejan que las organizaciones no gubernamentales (ONG) y las agencias internacionales que se encuentren trabajando con refugiados aúnen sus esfuerzos y que estos servicios de planificación familiar y de prevención de ITS sean puestos en práctica como parte de un enfoque conjunto y coordinado.

Protección de la mujer contra la violencia

El RHRC recomienda que se utilice un enfoque multisectorial para encarar y evitar la violencia contra mujeres refugiadas. Una forma de llevar a la práctica este enfoque es colaborar con la comunidad de refugiados, las ONG, los representantes de las Naciones Unidas y funcionarios locales para evitar y responder a la violencia; trabajar con las mujeres refugiadas para en el diseño de la configuración del campamento a fin de reducir el riesgo de que la mujer sea víctima de actos de violencia; y crear protocolos para la atención médica, protección y apoyo psicológico a aquellas personas que han sufrido ataques contra su integridad²².

Garantía de partos sin riesgo, cuidado prenatal y atención obstétrica de emergencia

Los expertos aconsejan asimismo que aquellas mujeres que viven en una situación estable en calidad de refugiadas reciban una atención adecuada que abarque todos los aspectos del embarazo, el parto y el postparto. Para que esta atención sea abarcadora, debe incluir pruebas de evaluación de riesgos, detección temprana y manejo de complicaciones; observación de indicios clínicos, garantía

de buena nutrición, y prestación de información sobre la salud y medicamentos profilácticos (como complementos de folato y vacunas); personal competente que asista durante el parto en condiciones apropiadas de higiene y limpieza; creación de un servicio de veinticuatro horas para derivar y transportar pacientes a instalaciones de urgencia; manejo de complicaciones en primerizas y neonatos; e información y servicios sobre planificación familiar²³.

El cuidado de la salud reproductiva figura entre los elementos más importantes de la atención sanitaria, ya que puede salvar vidas, mejorar la salud y garantizar a los desplazados el bienestar y la dignidad humana de orden básico. Ya se dispone de las herramientas para ofrecer este tipo de asistencia; el desafío consiste ahora en lograr el compromiso adecuado y los fondos necesarios para poder cubrir las necesidades de los refugiados.

Referencias

¹ Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los refugiados (ACNUR), *Reproductive health in refugee situations: an inter-agency field manual* (Ginebra: ACNUR, 1999).

² U.S. Committee for Refugees (USCR), *World refugee survey 2002* (Washington, DC: Immigration and Refugee Services of America, 2002).

³ ACNUR, *Reproductive health in refugee situations*.

⁴ Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas, *Report of the working group on violence against women* (Viena: Naciones Unidas, 1992).

⁵ Michelle Hynes et al., "Reproductive health of displaced populations in post-emergency camps" (ponencia presentada durante la 2001 Global Health Conference, Washington, DC, del 29 de mayo al 1 de junio de 2001).

⁶ Theresa McGinn, "Reproductive health of war-afflicted populations: what do we know?" *International Family Planning Perspectives* 26, N° 4 (2000): 174-80.

⁷ B. Tomczyk et al., "Reproductive health and population policy: Afghan refugee women, Pakistan 2000" (ponencia presentada durante la Global Health Conference, Washington, DC, del 28 al 31 de mayo de 2002).

⁸ L. Amowitz et al., "Prevalence of war-related sexual violence and other human rights abuses among internally displaced persons in Sierra Leone", *Journal of the American Medical Association* 287, n° 4 (2002): 513-21.

⁹ Naciones Unidas, "AIDS as a security issue" (período de sesiones extraordinario de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA, junio de 2001).

¹⁰ Yvette Collymore, "Uprooted people and HIV/AIDS in Africa: responding to the risks", consulta en Internet en www.prb.org/uprootedpeople, 20 de mayo de 2002.

¹¹ C. Palmer, "Reproductive health for displaced populations", Relief and Rehabilitation Network (RRN), documento N° 24 (Londres: Overseas Development Institute, 1998).

¹² L. Bartlett et al., "Maternal mortality among Afghan refugees in Pakistan, 1999-2000", *Lancet* 359, N° 9307 (2002): 643-49.

¹³ M. Carballo et al., "Health in countries torn by conflict: lessons from Sarajevo", *Lancet* 348, n° 9031 (1996): 872-74.

¹⁴ Carballo et al., "Health in countries torn by conflict".

¹⁵ UNFPA, "Working to empower women: women and armed conflict", consulta en Internet en www.unfpa.org/modules/intercenter/beijing/armed.htm, 17 de mayo de 2002.

¹⁶ D. Wulf, "The reproductive health needs of refugee women", en *Refugee women and reproductive health care: reassessing priorities*, ed. D. Wulf (Nueva York: Women's Commission for Refugee Women and Children, 1994); y Reproductive Health for Refugees Consortium, *Refugees and reproductive health care: the next step* (Nueva York: Reproductive Health for Refugees Consortium, 1998).

¹⁷ ACNUR, *Reproductive health in refugee situations*.

¹⁸ ACNUR, *Reproductive health in refugee situations*.

¹⁹ FNUAP, "Emergency reproductive health kits en route to Kosovo refugees", consulta en Internet en www.unfpa.org/news/pressroom/1999/kosovo.htm, 17 de mayo de 2002.

²⁰ S. Krause et al., "Programmatic responses to refugees' reproductive health needs", *International Family Planning Perspectives* 26, n° 4 (2000): 181-87.

²¹ Palmer, "Reproductive health for displaced populations".

²² Palmer, "Reproductive health for displaced populations".

²³ Krause et al., "Programmatic responses to refugees' reproductive health needs".

Agradecimientos

Liz Creel del Population Reference Bureau (PRB) elaboró el presente informe en colaboración con Lori Ashford, Yvette Collymore, Justine Sass y Nancy Yinger. El PRB agradece a la Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos (USAID) por el apoyo que ha brindado al presente proyecto. La financiación para este informe sobre políticas provino del proyecto MEASURE *Communication* (HRN-A-00-000001-00). Damos las gracias a las siguientes personas y entidades que leyeron este informe y sugirieron distintas correcciones: Michal Avni y Naomi Blumberg, USAID, Office of Population; Mary Kay Larson y Basia Tomczyk, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Division of Reproductive Health; Meriwether Beatty, John Snow, Inc., Research and Training Institute; Therese McGinn, Facultad de Salud Pública de Columbia University; y Sandra Krause, Women's Commission for Refugee Women and Children.

Sobre PRB

El PRB es el líder de proveer información oportuna y objetiva acerca de tendencias de población nacionales e internacionales, y sus consecuencias.

© Septiembre de 2002, Population Reference Bureau



POPULATION REFERENCE BUREAU
MEASURE *Communication*

1875 Connecticut Ave., NW, Suite 520, Washington, DC 20009 EE.UU.
Tel.: 202-483-1100 ■ Fax: 202-328-3937 ■ E-mail: measure@prb.org o popref@prb.org
Sitio web: www.measurecommunication.org o www.prb.org

