

Consulta Global sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) de las personas que viven con el VIH

Informe de la Consulta

Ámsterdam, Países Bajos
5-7 de diciembre de 2007



Tabla de Contenido

Resumen Ejecutivo	3
Declaración de Ámsterdam	5
1 Antecedentes	6
2 De Addis Abeba a Ámsterdam	7
3 Consulta de Ámsterdam	8
4 Proceso de Consulta	11
5 Discusiones que condujeron a las recomendaciones	12
A. Sistemas de salud	12
B. Prisioneros	13
C. Aspectos transversales de género	13
D. Monitoreo y evaluación	14
E. Capacitación	14
F. Aspectos legales	14
G. Estigma	14
H. Investigación	15
I. Gente joven	15
6 Impulso a la Agenda	17
Apéndice A: Declaración de Ámsterdam	18
Apéndice B: Lista de recomendaciones	19
Apéndice C: Lista de participantes	22
Apéndice D: Agenda de la Consulta	24
Colofón	26

Resumen ejecutivo

Del 5 al 7 de diciembre de 2007 se realizó en Ámsterdam, Países Bajos, una consulta global sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) de las Personas que Viven con el VIH. La consulta fue co-organizada por tres redes internacionales claves: Global Network of People Living with HIV (GNP+) (Red Global de Personas que Viven con VIH/SIDA); International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW) (Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA); y Young Positives (YPoz) (Jóvenes Positivos); en colaboración con el ONUSIDA, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), la Organización Mundial de la Salud (OMS), EngenderHealth y la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF). Esta consulta fue apoyada financieramente por la Fundación Ford, la Fundación William y Flora Hewlett, la Fundación David y Lucille Packard, el UNFPA, el Ministerio de Relaciones Exteriores de los Países Bajos, la OMS, el ONUSIDA y el Fondo Holandés contra el SIDA. El propósito de la consulta fue hacer efectivo el Principio GIPA (Mayor involucramiento de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA) directamente en temas de SDSR a través de un proceso consultivo con personas VIH-positivas de todo el mundo, así como emitir recomendaciones claves para un Paquete de Orientación, con el objeto de apoyar temas de SDSR en las áreas de: incidencia política, legislación y formulación de políticas, así como de sistemas de salud. El Paquete de Orientación pretende ayudar a toda persona interesada en la salud pública y los derechos humanos (ya sea profesional de la salud, encargada de formular políticas o activista) para comprender mejor por qué y cómo responder a las necesidades de salud y derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH.

Los objetivos generales de la consulta incluyeron lo siguiente:

1. Lograr un acuerdo sobre una declaración de visión, que formaría la primera parte de un paquete integral de orientación;
2. Identificar una agenda para continuar con los debates, investigaciones y acciones;
3. Sustentar con información y contribuir a la finalización del documento de orientación, para captar cabalmente diversas perspectivas;
4. Estimular a las partes interesadas a que actúen conforme a las recomendaciones generadas en la consulta;
5. Diseñar estrategias de difusión e implementación de los resultados de la consulta; y
6. Llegar a un acuerdo sobre una declaración de posición, la cual se elaboraría en borrador antes de la consulta y estaría basada en aspectos que surjan en la declaración de visión. La visión será colectiva y se centrará en ciertos temas en común que ayudarán a dar forma a políticas públicas; y, simultáneamente, garantizarán y reflejarán la diversidad de perspectivas.

Un aspecto importante de la consulta fue el desarrollo de una Declaración sobre la Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las PVVIH, que pone énfasis en su derecho al pleno goce de su salud y derechos sexuales y reproductivos, incluidos el goce del placer sexual y de la libertad de decisión en cuanto a la reproducción, matrimonio y planificación familiar.

La consulta reunió a 65 participantes en representación de cada región del mundo y de comunidades de mujeres VIH-positivas, gente joven, hombres tanto heterosexuales como homosexuales – personas transexuales, trabajadoras sexuales y usuarias de drogas inyectable (UDI). La estructura del programa del primer día fue maximizar el diálogo transversal entre participantes, a través de un intenso trabajo grupal que cubrió tres áreas relacionadas con los documentos de discusión que formarán parte del Paquete de Orientación: **Incidencia política** relacionada con la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH; creación de un ambiente sensible y favorable para consideraciones **Legales y de Políticas**; y la creación y fortalecimiento de un **Sistema de Salud** sensible a la satisfacción de la salud, derechos y necesidades sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH.

El Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo del ONUSIDA y orador principal en la inauguración oficial de la consulta, habló sobre una amplia variedad de temas de SDSR. Entre estos, señaló que *“los derechos a la salud sexual y reproductiva de las PVVIH no son necesariamente los tópicos más populares para la sociedad. A nivel global, ha habido graves violaciones de la SDSR de las personas que viven con el VIH”*. El Dr. Piot continuó refiriéndose a temas legales y señaló que *“en el ámbito legal y de políticas, los temas de SDSR pueden ser al mismo tiempo sensibles y problemáticos”*. Como ejemplo de donde las leyes pueden ser problemáticas, el Dr. Piot citó el creciente número de países que están introduciendo leyes para penalizar la transmisión del VIH.

Además del discurso inaugural del Dr. Piot, esa primera parte de la consulta se utilizó para dar oportunidad a una sesión de preguntas y respuestas mucho más larga que lo usual. Algunas de las muchas preguntas formuladas fueron las siguientes:

A una pregunta planteada por una PVVIH joven en relación con la falta de apoyo y recursos para la juventud, el Dr. Piot respondió que una nueva generación de PVVIH jóvenes está emergiendo y que, en la respuesta al VIH, tenemos que adaptarnos a sus formas de pensamiento. El ONUSIDA está completamente consciente de los obstáculos y retos que enfrenta la gente joven cuando trata de tener acceso a los servicios de SSR, como las barreras legales relacionadas con la edad, impuestas en algunos países. El Dr. Piot hizo un llamado para que las PVVIH más jóvenes se conviertan en embajadoras a favor del cambio y para que se involucren más en temas de SDRH específicos para la juventud.

En cuanto al tema de financiamiento y los trámites burocráticos que son necesarios cuando las ONG tratan de tener acceso a financiamiento a través de los sectores gubernamentales, el Dr. Piot respondió que el ONUSIDA está plenamente consciente de este reto en algunos países y de que más recursos están siendo canalizados directamente a las ONG que tienen mecanismos financieros apropiados en operación. El Dr. Piot también planteará este punto con representantes del Fondo Mundial.

El Dr. Piot recordó a las y los participantes su invitación para que las PVVIH le envíen correos electrónicos con solicitudes e inquietudes, especialmente cuando otros canales de comunicación se hayan agotado, o cuando sientan que los sistemas de la ONU de los que él es responsable las hayan ignorado o dejado sin respuesta. Sin embargo, advirtió también que para obtener una respuesta adecuada es necesario formular preguntas inteligentes. Esa apertura e invitación al diálogo fue acogida con beneplácito por las y los participantes.

El Dr. Piot concluyó su presentación destacando el importante rol que el Principio GIPA todavía tiene que desempeñar. Él señaló: *“El proceso de esta consulta global ha intentado garantizar que las personas que viven con el VIH no sólo sean el centro de la respuesta, sino que los asuntos que les conciernen sean abordados de una manera concreta. Esto es GIPA en acción. Es necesario reactivar e infundir nueva vida al Principio GIPA para asegurar que tiene sentido. Esto significa que todos nosotros – gobiernos, la ONU, otras agencias asociadas y ustedes como personas que viven con el VIH, debemos cuestionar a otros y a nosotros mismos al respecto”*.

Declaración de Ámsterdam sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos para las Personas que Viven con el VIH

Nosotros, en nuestra calidad de representantes de 65 redes de personas que viven con VIH, afirmamos nuestra salud y derechos sexuales y reproductivos libres de discriminación, penalización, estigma y crítica.

Quiénes somos:

Como personas que vivimos con el VIH y que provenimos de diversos orígenes étnicos y culturales, reconocemos las disparidades en el acceso y la diversidad en las experiencias de las personas que viven con el VIH alrededor del mundo. Las personas representadas en la reunión incluyeron mujeres, personas transexuales, gente joven, hombres heterosexuales, hombres gay, lesbianas, bisexuales y personas que se han inyectado o inyectan drogas, personas pertenecientes a organizaciones basadas en la fe, personas con discapacidades, personas que se han dedicado o dedican al trabajo sexual, personas que han estado presas o que se encuentran en estado de detención, migrantes, personas refugiadas y desplazadas internamente, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, y pueblos indígenas.

Nuestra salud y derechos sexuales y reproductivos:

- Las personas que vivimos con el VIH tenemos libertad de decidir sobre nuestra expresión sexual consensual y placentera;

- Las personas que vivimos con el VIH tenemos libertad de decidir sobre nuestra reproducción, matrimonio y planificación familiar;
- Las personas que vivimos con el VIH tenemos el derecho fundamental de acceso a la información sobre salud sexual y a servicios integrales de salud sexual¹.

Ejercicio de nuestros derechos a la salud sexual y reproductiva:

Las personas que vivimos con el VIH desempeñamos un

rol vital en la toma de decisiones que afectan nuestra propia salud sexual y reproductiva y subrayamos la importancia de implementar los Principios de mayor Involucramiento de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (GIPA), de involucramiento significativo de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MIPA) y de involucramiento pleno de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (FIPA) a todos los niveles, incluida la selección, diseño implementación monitoreo y evaluación de servicios de salud sexual y reproductiva.

Declaración de Ámsterdam sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos para las Personas que Viven con el VIH

- Al afirmar, garantizar y experimentar de manera responsable nuestra salud y derechos sexuales y reproductivos, estamos contribuyendo a reducir el impacto de la epidemia del VIH y a fomentar la salud pública y la responsabilidad compartida.
- Para cumplir con nuestra responsabilidad colectiva, hacemos un llamado a las organizaciones internacionales, regionales y locales, gobiernos, financiadores y la sociedad civil, incluidos los prestadores de servicios, ONG, OBF y otras partes interesadas para que reconozcan nuestra salud y derechos sexuales y reproductivos; y nos incluyan, de manera significativa en el desarrollo, implementación e integración de políticas y servicios con el fin de apoyarnos en la creación de un ambiente favorable para el ejercicio de nuestros derechos.

¹ Los Servicios integrales de salud sexual y reproductiva incluyen el acceso a suministros como los condones masculinos y femeninos, lubricantes a base de agua, guantes, terapia antirretroviral, equipo estéril para inyección, terapia de sustitución de opiáceos, tratamiento de infertilidad incluida la reproducción asistida, lavado de semen, anticoncepción de emergencia, PPE sexual y servicios de apoyo después de asalto sexual sin importar el género, edad, sexualidad, formación cultural, origen étnico, religión, ingreso, nivel educativo, medio ambiente, situación y contexto.



1 ■ Antecedentes

La salud sexual y reproductiva es importante para todos nosotros, en todas las etapas de nuestras vidas. Sin embargo, a nivel mundial a demasiadas PVIH se les niega el derecho a la salud sexual y reproductiva. Millones de mujeres y hombres carecen de acceso a la anticoncepción, a la información y servicios de salud sexual y reproductiva que necesitan para determinar el tamaño de sus familias y mejorar las probabilidades de vida propias y de sus hijos. Y millones más de personas viven con el VIH y las infecciones de transmisión sexual que podrían haberse prevenido o recibido tratamiento.

Una significativa proporción de hombres y mujeres VIH-positivos reportan el deseo de tener un primer hijo o un hijo adicional en el futuro. Cuando se les pregunta la razón de ello, hablan del placer y felicidad que acompañan a la paternidad – respuestas que, como es lógico, son similares a las que dan las personas VIH-negativas. Además, el embarazo puede ser un período de alta autoestima para las mujeres; y la paternidad puede ayudar a combatir los efectos negativos de vivir con el VIH, tanto para mujeres como para hombres. Al mismo tiempo, quienes viven con el VIH y que están considerando la paternidad, plantean sus preocupaciones sobre el efecto que un embarazo puede tener en la salud de una mujer, el riesgo de transmitir el virus a su recién nacido y si podrán tener una vida larga y saludable para amar y apoyar a sus hijos; y – en caso de fallecer – quién se hará cargo de sus hijos.

Hay una necesidad apremiante de servicios específicos que aborden la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con VIH. Tales servicios no son prestados en un vacío, sino que se establecen en un ambiente de retos a gran escala que dificultan la prestación de servicios y la capacidad de las personas para tener acceso a la atención en salud. Al mismo tiempo, la satisfacción de las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH podría hacer una importante contribución a la resolución de esos retos fundamentales. El encontrar caminos para proporcionar más servicios integrados para las personas que viven con el VIH podría desempeñar un importante rol en el fortalecimiento de los frágiles sistemas de atención a la salud, así como para tender puentes para superar la división entre las políticas y programas de salud sexual y reproductiva y los de VIH. Otras acciones claves, como la capacitación intensiva y la garantía de un ambiente favorable en los centros de trabajo, contribuirían en gran medida al mejoramiento de la calidad de vida de las personas que viven con el VIH.

“En la consulta de Addis Abeba sobre salud sexual y reproductiva, las organizaciones colaboradoras no comprendieron la forma de involucrar a las personas que viven con el VIH: estuvimos al margen.”

Dr. Kevin Moody, Coordinador Internacional de Global Network of People Living with HIV (GNP+)



2 ■ De Addis Abeba a Ámsterdam

La urgente necesidad de garantizar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH fue el tema de una consulta global co-organizada en Addis Abeba, Etiopía entre el 27 y 30 de marzo de 2006, por Engender Health, UNFPA y la OMS en colaboración con GNP+, YPoz, ICW, e IPPF. Los objetivos de la consulta fueron iniciar el diálogo sobre los temas, retos y oportunidades claves relacionados con las políticas y programas que apoyarían la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH. Se encargó la elaboración de una serie de documentos de referencia para obtener información y evidencia sobre las necesidades y los deseos de las personas que viven con el VIH en cuanto a la salud sexual y reproductiva. La OMS encargó la elaboración de seis documentos de antecedentes con base en las recomendaciones de un comité de expertos, incluyendo IPPF, ICW, GNP+, The Guttmacher Institute, ONUSIDA, PATH y el Population Council. Estos documentos revisaron la evidencia disponible sobre políticas y programas que apoyan el derecho de las personas que viven con el VIH a la salud sexual y reproductiva; y también examinaron los retos y obstáculos a nivel legal, de políticas y de prestación de servicios con respecto a la paternidad, salud sexual, anticoncepción, aborto y fecundidad, así como las perspectivas de las y los trabajadores sanitarios y las de las personas que viven con el VIH con respecto a las pruebas y consejería².

El último día de la reunión, las instituciones co-organizadoras avalaron las recomendaciones propuestas presentadas por las redes de personas VIH-positivas, lo cual incluyó consultar con comunidades VIH-positivas durante el desarrollo de los documentos de orientación propuestos. El proceso que condujo a la consulta global de personas que viven con el VIH fue dirigido por la Global Network of People Living with HIV (GNP+), Young Positives y la International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), conjuntamente con redes claves de personas VIH-positivas de todo el mundo.

“¡Necesitamos más de esto! ¡Ya basta del abuso contra las PVIH! Necesitamos más acción y menos palabrería.”

² Reproductive Health Matters, 2007, Ensuring Sexual and Reproductive Health for People living with HIV



3 ■ Consulta de Ámsterdam

Los documentos de orientación conteniendo consideraciones sobre incidencia política, aspectos legales, políticas y sistemas de salud desarrollados después de la reunión de Addis Abeba, se utilizaron como punto de partida para el diálogo. Los grupos de trabajo examinaron y debatieron acerca de sus propias definiciones de lo que significan los aspectos de incidencia política, legales y de política, así como los sistemas de salud, tanto para ellos en lo personal como para los grupos a los que sirven. Esto, con el objeto de lograr una comprensión común del significado de los derechos humanos relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Desde este comienzo temprano se hizo evidente que existe un vasto y diverso significado entre las personas y sus propias definiciones, lo que creó un ambiente excelente para el debate. Cada grupo de trabajo desarrolló recomendaciones tanto específicas como generales, que reflejaron los diferentes tópicos cubiertos y adoptados dentro de cada grupo.

Subsecuentemente, las y los participantes repartidos en alguno de los cuatro grupos de discusión, se concentraron en áreas temáticas de incidencia política relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH; la creación de un ambiente sensible y favorable para consideraciones legales y de políticas; así como la creación y fortalecimiento de políticas sensibles de sistemas de salud. Además de producir una importante retroalimentación, estas discusiones también condujeron al objetivo de la consulta, consistente en proporcionar recomendaciones cruciales que deben

incluirse en el desarrollo del Paquete de Orientación. Los puntos destacados de estas discusiones son:

Incidencia política

Las personas que viven con el VIH han hablado sobre relaciones sexuales y reproducción desde el comienzo de la epidemia. El VIH y el SIDA forzaron a los hombres gay a redefinir su sexualidad e incorporar el uso del condón con el fin de protegerse a sí mismos y a sus parejas del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). Desde Norteamérica hasta Australia, articularon exitosamente mensajes de “relaciones sexuales más seguras” en las campañas de educación de pares. Más recientemente, las organizaciones de mujeres que viven con el VIH han ampliado la discusión para incluir temas y opciones relacionados con la reproducción, lo que incluye la anticoncepción, fecundidad, embarazo, terminación, parto y amamantamiento.

Sin embargo, los programas y políticas han sido lentos en el abordaje de la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Al principio de la epidemia, el enfoque era en la prevención del VIH, especialmente entre “grupos vulnerables” de personas, algunas veces sin considerar que las personas con mayor vulnerabilidad al VIH son parte de la población en general, con las mismas necesidades y deseos que cualquier otra persona.

No obstante, las y los participantes sintieron que sin fortalecer las redes y a las personas que viven con el VIH, no sería posible poner en operación y promover políticas y programas que apoyaran el acceso a la información integral en salud sexual y reproductiva para

hombres, mujeres y personas transexuales que viven con el VIH.

Era necesario que este trabajo se realizara en alianza con los gobiernos, los cuales debían reconocer que las personas más efectivas e iniciadoras de tales programas son las mismas PVVIH. Además, se consideró que estas respuestas debían asegurar que las redes de PVVIH fueran incluidas como participantes en los órganos de toma de decisiones a nivel local, estatal, nacional e internacional, que directamente afectan las políticas y programas de salud sexual y reproductiva.

También se consideró que el involucramiento de las PVVIH en los servicios de SSR debía ser significativo. Como mínimo, debe incluir paridad de género de PVVIH y una voz real en el diseño, implementación, monitoreo del personal y evaluación de políticas, programas y asignación de recursos relacionados con la SDR. Un principio que se discutió fue el de abogar solamente por las organizaciones que demostraran que un 25% de sus órganos de toma de decisiones incluían a PVVIH capacitadas y capaces que estuvieran recibiendo fondos destinados a servicios de SDR para PVVIH; y que esos fueran los criterios para el financiamiento bilateral, multilateral, privado, público y de fundaciones.

Leyes y políticas

En la mayoría de los casos, los derechos, necesidades y aspiraciones relacionados con la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH no son diferentes de las que tienen las personas que son VIH-negativas. Por ejemplo, todas tienen derecho a decidir si tener hijos y cuándo tenerlos. Todas las



mujeres embarazadas necesitan atención prenatal y asistencia especializada durante el parto. Las personas jóvenes aspiran a comprender los cambios físicos de sus cuerpos y cómo disfrutar de manera responsable la sexualidad que emerge en ellos. En muchos lugares, sin embargo, las leyes y políticas existentes fracasan en apoyar la capacidad de las personas que viven con el VIH para que ejerzan estos derechos y cumplan con sus aspiraciones. Lo que es aún peor es que ciertas leyes y políticas restringen severamente los derechos sexuales y reproductivos de las personas VIH-positivas.

Los gobiernos nacionales pueden mejorar esta situación; primero, promulgando, implementando y haciendo cumplir las leyes que prohíben la discriminación contra las personas que viven con el VIH. Estas leyes pueden hacer que sea menos complicada para las personas que viven con el VIH la obtención de atención a la salud sexual y reproductiva, así como de empleo, educación, seguro de salud, vivienda y otros beneficios sociales. Los gobiernos pueden también desarrollar e implementar marcos de referencia nacionales y directrices que protejan explícitamente la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH.

Leyes y políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva: Toda persona tiene derecho a la salud; y el propósito primario de proveer servicios de salud reproductiva a las personas que viven con el VIH debe ser el salvaguardar este derecho. El apoyo a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH también tiene claros beneficios para la salud pública, al posibilitar que las personas con VIH tengan vidas más saludables y productivas; y al proteger mejor a otras personas de la infección.

Penalización de la transmisión del VIH: algunos gobiernos han hecho que la transmisión del VIH de una persona a otra sea un delito penal. El promulgar estas

leyes puede dar la impresión al público en general de que quienes formulan las políticas están tomando medidas estrictas contra el VIH. Esto es especialmente cierto en países en donde muchas mujeres están siendo infectadas por sus esposos o parejas sexuales habituales. Sin embargo, la realidad de la penalización de la transmisión del VIH es que puede crear problemas de salud pública adicionales, más que proteger a las personas del VIH.

Planificación familiar y aborto: Para planificar sus familias, las mujeres que viven con el VIH tienen la misma necesidad de anticonceptivos que todas las mujeres tienen. Todos los métodos de planificación familiar, incluidos los anticonceptivos hormonales y la anticoncepción de emergencia, son buenas opciones para las mujeres VIH-positivas. Cualquier método anticonceptivo puede fallar y algunas mujeres con embarazos no deseados deciden no llevar sus embarazos a término. Un diagnóstico de VIH puede impulsar a una mujer embarazada a buscar un aborto. A nivel mundial, cerca de 70,000 mujeres mueren cada año después de someterse a abortos inseguros, casi todas en países en donde el aborto es ilegal, como lo es para la mayoría de las mujeres en muchas partes del mundo.

Matrimonio, divorcio y custodia de los hijos: Las personas que viven con el VIH no deben enfrentar restricción alguna en su derecho a casarse o tener hijos. El matrimonio y la maternidad son derechos humanos que están descritos en los acuerdos internacionales, incluidas la Declaración Universal de los Derechos Humanos y las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos.

Circuncisión masculina: Todos los hombres que optan por la circuncisión masculina tienen derecho a recibir información completa sobre sus beneficios y riesgos; y, una vez que han sido plenamente informados, debe permitirse a los hombres que viven con el VIH que se sometan al procedimiento (a menos que esté contra-

indicado médicamente). En lugares en donde la circuncisión masculina esté disponible para menores (niños y adolescentes), el menor debe estar involucrado en la toma de decisiones y debe dársele oportunidad de otorgar consentimiento, en la medida en que sea capaz de hacerlo, dependiendo de su edad. Hay preocupación de que la condición de circuncidado pudiera convertirse en otra forma en la que los hombres VIH-positivos puedan ser separados aún más de la mayor parte de la sociedad y estar en riesgo del estigma y la discriminación.

Personas Transexuales: El estatus legal de las personas transexuales varía de país a país. Pocos países tienen leyes que las protejan de la discriminación. En ocasiones, las personas transexuales pueden ser tratadas como enfermas mentales, o su existencia puede no ser reconocida del todo. La invisibilidad legal fluye a través de los gobiernos, ignorando en gran parte las necesidades sexuales y de salud de este grupo. Otro elemento de preocupación es la designación del sexo en documentos legales, como las licencias de manejo, pasaportes o certificados de nacimiento, así como en los registros médicos.

Sistemas de salud

Las personas que viven con el VIH desean tener relaciones sexuales, tener hijos, prevenir embarazos no deseados y proteger su salud sexual. Aún así, el estigma y la discriminación que las PVVIH afrontan en todos los aspectos de sus vidas se complican por el hecho de que las políticas, programas y servicios de salud sexual y reproductiva muchas veces no toman en cuenta las necesidades especiales de quienes son VIH-positivos.

Esto se debe en parte a que los sistemas de salud en algunos países simplemente carecen de la capacidad humana y financiera para satisfacer las necesidades de salud de su población. Las brechas y debilidades específicas en las políticas, capacitaciones y programas deterioran aún más la capacidad de los sistemas de



salud para apoyar la salud sexual y reproductiva de las PVVIH.

Los servicios de salud sexual y reproductiva accesibles e integrales son la piedra angular de los esfuerzos para posibilitar que las personas tomen decisiones informadas, seguras y saludables, especialmente para las PVVIH; y deben ser considerados dentro de los planes de desarrollo locales, nacionales e internacionales.

Personal de atención a la salud: Una grave escasez de trabajadores especializados en atención a la salud limita la expansión de los servicios integrales para las personas que viven con el VIH. La OMS estima que actualmente hay un déficit de unos 4.3 millones de trabajadores sanitarios, lo que incluye 2.4 millones de médicos, enfermeras y parteras, debido a una combinación de factores como salarios bajos o no pagados y una capacitación deficiente, falta de supervisión y condiciones de trabajo inadecuadas.

Los actuales programas de reducción de daños no atienden las necesidades de las PVVIH transexuales. Los programas de reducción de daños deben proporcionar servicios libres de estigma y discriminación dirigidos a PVVIH transexuales.

Pruebas de VIH: El conocer su condición de VIH ayuda a las personas a protegerse a sí mismas y a otras personas de la infección y re-infección por ITS, a concebir y dar a luz de manera segura y obtener tratamiento, atención y apoyo apropiados. Las personas que viven con el VIH deben estar involucradas en el desarrollo de programas de pruebas en sus comunidades.

Educación sexual: Muchas personas diagnosticadas con el VIH reportan no haber comprendido completamente que su conducta sexual las pone en riesgo de infección. Las investigaciones muestran que una educación de buena calidad en salud sexual y VIH

reduce los embarazos no deseados, las ITS y el VIH; y mitiga el estigma y la discriminación en contra de las personas que viven con el VIH.

Apoyo psicosocial: Las personas que viven con el VIH necesitan apoyo psicológico y social para ayudarles a tomar decisiones informadas sobre su salud, manejar las enfermedades y afrontar el estigma y la discriminación. Específicamente, desde una perspectiva de salud sexual y reproductiva, ese apoyo puede responder a la necesidad de tratar con la presión de las familias y comunidades para tener o no tener hijos, violencia y miedo a la violencia, otras violaciones a los derechos como la herencia de las viudas, cómo negociar el sexo seguro, actitudes críticas relacionadas con la continuación de la actividad sexual y preocupaciones acerca de la revelación de la condición de VIH a las parejas.

Como en muchos otros aspectos de la salud básica, el mejorar la atención y los derechos a la salud reproductiva para las PVVIH depende del fortalecimiento de los sistemas de salud. Aumentar el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva requiere de recursos adecuados (tanto financieros como humanos), de la responsabilidad mutua entre encargados de formular las políticas, prestadores de servicios y ciudadanos; y del fortalecimiento de las instituciones públicas. La escasez crítica de prestadores de servicios y de otros recursos humanos para la salud requiere de respuestas tanto de corto y largo plazo a los problemas como los salarios bajos e incentivos deficientes, migración, distribución y retención. Construir una demanda efectiva para los servicios de salud sexual y reproductiva dirigidos a las PVVIH significa asumir el compromiso de dar a las PVVIH más capacidad de opinar y mejorar su capacidad de responsabilizar a los prestadores de servicios por la propia prestación y calidad de los servicios.

“Ésta es la primera vez que revelo mi condición positiva a un grupo de personas y me siento totalmente cómodo.”



4 ■ Proceso de consulta

El objetivo de la consulta; es decir, proporcionar recomendaciones cruciales que deben incluirse en el desarrollo del Paquete de Orientación, se logró en los siguientes dos días de la consulta. Las y los participantes se separaron en grupos de trabajo temáticos con los que se identificaron o en los que tenían interés: mujeres; hombres; UDI; trabajadoras y trabajadores sexuales; personas transexuales y otros grupos vulnerables auto-identificados; y jóvenes.

La consulta resultó en 39 recomendaciones a través de la facilitación de un proceso de síntesis y refinamiento de discusiones interactivas de los grupos de trabajo. Se observó que muchas de las recomendaciones presentadas por las personas participantes durante las sesiones plenarias, eran similares en contenido. Se realizó un proceso adicional de síntesis de las recomendaciones conducido por los facilitadores claves de la consulta, lo cual resultó en la presentación de 16 recomendaciones claves a GNP+, ICW, YPoz y sus organizaciones colaboradoras.

Sin embargo, se tuvo la impresión de que no todos los participantes tenían un mandato de los grupos a los que atienden, para adoptar estas recomendaciones y, por ello, debió realizarse una posterior discusión. Todos los participantes acordaron que la discusión debía continuar para que las personas/grupos atendidos claves tuvieran oportunidad de comentar o contribuir adicionalmente a las recomendaciones. Para apoyar esto, GNP+, ICW y YPoz implementaron un foro de discusión en un servidor de Yahoo, en donde quienes participaron en la reunión tuvieron oportunidad de hacer comentarios adicionales a las recomendaciones, para aclarar y refinar el trabajo realizado en la reunión.

Este sitio web fue moderado por Julian Hows, uno de los facilitadores principales. Las recomendaciones contenidas en este informe son el resultado de esas aportaciones adicionales.

Paralelamente al grupo en Yahoo, continuará un proceso de discusión permanente en torno a las recomendaciones, a través de un proceso de consulta en línea, seguido por Living 2008: Cumbre de Liderazgo Positivo para personas que viven con el VIH, a realizarse el 31 de julio y el 1 de agosto de 2008 en la Ciudad de México. Salud y derechos sexuales y reproductivos es uno de los 4 temas principales que serán explorados; y se anticipa que una presentación final de recomendaciones conducirá a una Agenda de Incidencia política para PVVIH, cubriendo los próximos 18 a 24 meses.

“La diversidad de las personas que asistieron y participaron en esta reunión fue muy alentadora. El nivel de participación también aseguró que tantas voces como fue posible fueran escuchadas”.



A Sistemas de Salud

Todas las personas participantes estuvieron de acuerdo en que los Sistemas de Salud necesitan ser holísticos, flexibles y creativos para poder incluir y responder a los derechos y las diferentes necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH, especialmente las mujeres VIH+ que son trabajadoras del sexo, los UDI, así como los prisioneros.

Continuo de Atención: Aunque el VIH y el SIDA afectan a todos los aspectos de la sociedad, los sistemas de salud están y continuarán estando a la vanguardia de los esfuerzos para detener la enfermedad. Sin embargo, hay una falta de reconocimiento y comprensión de los vínculos entre la provisión de los servicios de VIH y SIDA y los sistemas de salud en general requeridos para garantizar una respuesta sostenible y efectiva en el largo plazo a la epidemia. Debe promoverse un continuo integral de servicios de SSR para las PVVIH que comienza en el nacimiento (especialmente de personas que nacen con el VIH) y continúa a través de la niñez, adultez y vejez.

Servicios integrales: En cualquier sistema de salud, los servicios de salud adecuados son aquellos que proporcionan prevención y tratamiento efectivos, seguros y de buena calidad a quienes los necesitan, cuando los necesitan y con un mínimo desperdicio de recursos. Esto resulta vital para los grupos marginados o vulnerables como las personas VIH-positivas – hombres y mujeres, gente joven, personas transexuales, trabajadoras del sexo, HSH, UDI, etc. Adicionalmente, los servicios deben expandirse; por ejemplo, atención

del cáncer, servicios de ITS, PTMAH, anticoncepción y apoyo psicosocial.

Mujeres: En la actualidad, las mujeres son más de la mitad de las personas que viven con el VIH en el mundo.

Si bien el impacto de esta epidemia en las mujeres ha sido devastador, muchas mujeres con VIH están teniendo vidas más largas y saludables gracias a los nuevos tratamientos. Sin embargo, las mujeres infectadas con el VIH pueden tener menor acceso, o menor uso, de los recursos para la atención a la salud. Esto puede deberse a: recursos financieros más escasos; menor acceso al transporte; y la responsabilidad añadida de cuidar a otras personas, especialmente a sus hijos.

Muchas personas expertas también creen que la pobreza, el desempleo y la falta de estudios están ayudando a “fomentar” la infección del VIH entre las mujeres. Las mujeres que viven con el VIH deben poder tener acceso a servicios integrales más allá de simplemente la prevención de la transmisión vertical, incluidos los programas de tratamiento y apoyo que se enfocan específicamente en temas de salud de las mujeres.

La violencia en contra de las mujeres desempeña un rol muy importante en el aumento del riesgo de infección por VIH para las mujeres. Esta es una razón fundamental por la que las mujeres tienen mayor probabilidad de infectarse con el VIH que los hombres, particularmente durante situaciones violentas o de relaciones sexuales forzadas. El temor a más violencia

es un factor en términos de la búsqueda de tratamiento. Las mujeres pueden retrasar el someterse a la prueba del VIH o no regresar por sus resultados debido al temor de que compartir su condición VIH-positiva podría resultar en más violencia física. Las mujeres deben tener acceso a servicios integrales posteriores al asalto físico, incluidos el manejo de ITS y la anticoncepción de emergencia.

Los servicios de SSR deben involucrar la paridad de género de PVVIH en el diseño, implementación, monitoreo del personal y evaluación de políticas, programas y asignación de recursos relacionados con la SDSR. Al adoptar este principio, solamente aquellas organizaciones que demuestren que el 25% de sus órganos de toma de decisiones incluyen PVVIH capacitadas y capaces, recibirán fondos de VIH para servicios de SDSR para PVVIH (esto es un criterio de financiamiento bilateral, multilateral, privado, público y de fundaciones).

Acceso a suministros de SSR: El acceso a servicios de salud sexual y reproductiva puede desempeñar un rol extremadamente importante para ayudar a prevenir la transmisión del VIH mediante la provisión de información, educación para reducir las conductas sexuales riesgosas, detectar y manejar ITS y promover el uso correcto y consistente de los condones. El acceso a los anticonceptivos modernos para las mujeres VIH-positivas casadas y solteras es una estrategia importante que debe ser promovida con más fuerza. Los lubricantes también deben incluirse en la lista de suministros esenciales de SSR y puestos a una amplia disposición de mujeres y hombres VIH-positivos.



La vinculación de la prevención del VIH y la prevención y tratamiento de ITS con las intervenciones de planificación familiar y salud materna puede mejorar el alcance comunitario, reducir el estigma y ahorrar fondos al usar recursos e infraestructura existentes. Los microbicidas son simultáneamente una de las áreas más promisorias de la investigación biomédica en VIH e ITS; y, aún así, son una de las áreas que mayor insuficiencia crónica de financiamiento tiene al compararla con los recursos disponibles para el desarrollo de vacunas.

Directrices para trabajadores sanitarios relativas a la participación masculina: El desarrollo de respuestas que aborden normas de masculinidad e involucren a los hombres a través de la variedad de programas de prevención, pruebas, atención y apoyo, es un aspecto clave de los programas integrales de VIH. Por ejemplo, las normas tradicionales de masculinidad ponen a los hombres y a sus parejas en riesgo del VIH. Las normas de masculinidad también hacen que los hombres tengan menor probabilidad de buscar servicios o información de atención a la salud. Además, sin el apoyo de los hombres las mujeres son, con frecuencia, incapaces de negociar el uso del condón o rehusar tener relaciones sexuales inseguras, de tener el acceso necesario a la atención y servicios, o de compartir la carga de la atención. Esto es particularmente relevante para mujeres en relaciones serodiscordantes.

Al promover la participación masculina, los programas deben:

- abordar las normas masculinas de género que promueven la toma de riesgos y colocan a los hombres, jóvenes y a sus parejas en un mayor riesgo de contraer el VIH;
- promover el desarrollo y fortalecimiento de las normas masculinas de género positivas, que apoyen conductas a favor de la salud y la equidad de género;
- mejorar el apoyo de los hombres a la salud reproductiva de las mujeres; a las discusiones

sobre sexualidad y prácticas de relaciones sexuales más seguras; y a la toma de decisiones y derechos de las mujeres;

- asegurar que los programas de participación masculina evalúen cuidadosamente las relaciones de género y el impacto de esa participación, para que esas estrategias no causen daños no intencionales (ej. fortalecer el control de los hombres en la toma de decisiones).

Servicios de reducción de daños – Personas Transexuales: Las PVVIH con frecuencia experimentan prejuicios y exclusión cuando tratan de tener acceso a servicios específicos de reducción de daños debido a su identidad. En particular para una implementación efectiva de los servicios de reducción de daños específicos para las personas transexuales, se requeriría legislación de apoyo, así como reglamentaciones y políticas que tomaran en cuenta las inyecciones de hormonas, la cirugía de reasignación sexual y la castración.

UDI embarazadas VIH-positivas: Las UDI embarazadas y VIH-positivas deben continuar recibiendo terapia de sustitución de opiáceos a través del embarazo y el período post natal. Permanecer bajo tratamiento durante un período adecuado es esencial para la efectividad del tratamiento.

B Prisioneros

Las personas en prisión que viven con el VIH no tienen las mismas tasas de esperanza de vida que las que viven en libertad. La sobrepoblación, dieta deficiente, tratamiento médico inadecuado, estrés, TB, dificultad para tener acceso a la familia y al apoyo comunitario, sentencias excesivas y punitivas, carencia de programas de apoyo, racismo, prejuicio, sexismo, violencia – todos estos problemas sociales se magnifican en prisión; y todavía son mucho más grandes en su impacto para las y los prisioneros que viven con el VIH. Todos estos factores trabajan acortando la vida de estas personas.

Las y los prisioneros que viven con el VIH tienen derecho a mantener su salud. La ley indica que cualesquiera que sean los tratamientos y los servicios de atención a la salud que estén disponibles para la comunidad en general, deben también estar disponibles para las personas en prisión. Es claro que los sistemas penitenciarios deben implementar políticas que faciliten este derecho. Las y los prisioneros que viven con el VIH deben tener:

- garantía de acceso a los profesionales médicos y tratamientos de su elección;
- posibilidad de acceso a todos los tratamientos disponibles incluidas las terapias alternativas;
- posibilidad de cumplir con sus necesidades dietéticas especiales, requeridas ya sea por enfermedad o como parte de un programa terapéutico;
- acceso a condones;
- acceso a terapia de sustitución de opiáceos;
- acceso a agujas limpias.

C Aspectos transversales de género

La violencia basada en género (VBG) es cada vez más reconocida como un problema de salud pública y una violación a los derechos humanos. Además, con frecuencia, quienes trabajan en salud reproductiva son los únicos prestadores de servicios de salud que muchas mujeres pueden consultar. Estos profesionales están en la línea frontal del tratamiento de mujeres que sobreviven el abuso físico, sexual y mental. Aún así, la mayoría de los programas de salud reproductiva no están equipados para manejar estos casos.

Los vínculos entre el VIH y la violencia basada en género están siendo cada vez más aparentes con base en los hallazgos de varios estudios conducidos principalmente en los Estados Unidos y África Subsahariana. Los hallazgos muestran un mayor riesgo de VIH en mujeres que son víctimas de violencia basada en género; y, también, que ser VIH-positiva es un factor de riesgo para la violencia contra las mujeres.



Esta relación tiene consecuencias graves para la salud y desarrollo humano globales, especialmente con respecto a las mujeres adultas, adolescentes y niñas, que son las más afectadas por la violencia sexual y, consecuentemente, más susceptibles al VIH. Los hombres deben involucrarse más en la reducción y eliminación de la VBG contra las mujeres, las personas transexuales y los hombres, a través de campañas impulsadas por la comunidad sobre la reducción de la VBG.

Las PVVIH transexuales deben ser reconocidas por su propio derecho y no ser catalogadas bajo la categoría de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Es un deber del movimiento global de PVVIH asegurar que esto suceda; y, además, que las redes globales comiencen a involucrar de manera significativa a las personas transexuales en sus programas.

D Monitoreo y evaluación

El monitoreo y evaluación (M&E) es un componente crítico de cualquier proceso integral de planificación estratégica relacionado con el VIH. Un marco integral de MyE debe tener el propósito de monitorear los recursos invertidos, las actividades implementadas, los servicios prestados, así como evaluar los resultados logrados y el impacto a largo plazo.

Paralelamente a los componentes administrativos de cualquier marco de MyE, debe también haber mecanismos que registren cualquier práctica discriminatoria hacia las PVVIH. Con esto en mente, la consulta acordó que en el contexto de las PVVIH es necesario desarrollar un mecanismo de informes de monitoreo y evaluación en los que las PVVIH puedan documentar y reportar el estigma y discriminación, así como las violaciones a la SDR por parte de las y los prestadores de servicios de salud (incluidos los prestadores de servicios de SSR y VIH).

E Capacitación

Debe desarrollarse un plan de estudios específico en consulta directa con PVVIH para trabajadores sanitarios nuevos y existentes. Una red de PVVIH que goce de credibilidad debe emprender una revisión de cada plan de estudios. El plan de estudios debe ser específico para las necesidades y temas de las PVVIH y de SDR, incluidas las personas transexuales, jóvenes y adultos; y debe incluir el tema de la disfunción sexual relacionada con quienes están y quienes no están bajo terapia ARV y otros tratamientos relacionados con el VIH.

Es fundamental contar con personas VIH-positivas transexuales, trabajadoras del sexo, gente joven; y pertenecientes a cualquier otro grupo auto-identificado como vulnerable, capacitadas y capaces en incidencia política de la SDR.

También, es esencial contar con PVVIH capacitadas y capaces para prestar servicios directos y realizar actividades de incidencia política a favor de la SDR.

F Aspectos legales

Las personas con VIH tienen los mismos derechos a la libertad y la autonomía, seguridad de la persona y a la libertad de movimiento que el resto de la población. No debe imponerse restricción alguna al libre tránsito de las personas VIH-positivas y tampoco deben ser segregadas, aisladas o puestas en cuarentena en prisiones, escuelas, hospitales o en cualquier otro lugar solamente debido a su condición de VIH-positivas.

Las personas con infección de VIH o SIDA tienen derecho a mantener su autonomía personal (i.e. el derecho a tomar sus propias decisiones) sobre cualquier asunto que afecte el matrimonio y la maternidad – aunque se les debe proporcionar consejería sobre las consecuencias de sus decisiones.

Se necesita un sólido apoyo de las agencias colaboradoras (ej. ONU, gobierno, OSC) para el desarrollo de un

mecanismo que produzca declaraciones de posición, informes de políticas, documentos de directrices técnicas, financiamiento para la incidencia política en temas de SDR y actividades de cabildeo con los gobiernos nacionales para luchar por la revocación de leyes que penalicen a las personas VIH-positivas y que les impidan gozar plenamente de su SDR.

G Estigma

Estigma/Monitoreo de SDR: Desde el momento en que las primeras personas fueron diagnosticadas con el síndrome al que se le dio el nombre de SIDA, un sinnúmero de respuestas sociales de temor, negación, estigma y discriminación han acompañado a la epidemia.

La discriminación se ha propagado rápidamente, exacerbando la ansiedad y prejuicios en contra de los grupos más afectados, así como de quienes viven con el VIH y SIDA.

Es por demás decir que el VIH y el SIDA se refieren tanto a un fenómeno social como a preocupaciones biológicas y médicas. En todo el mundo la epidemia global del VIH ha demostrado ser capaz de desencadenar respuestas de compasión, solidaridad y apoyo, haciendo aflorar lo mejor de las personas, sus familias y comunidades. Sin embargo, la enfermedad también está asociada con el estigma, la represión y la discriminación, ya que personas afectadas (o que se consideran afectadas) por el VIH han sido rechazadas por sus familias, sus seres queridos y sus comunidades. Este rechazo ocurre tanto en países ricos del norte, como en los países pobres del sur.

Muchos informes revelan el grado en el que las personas son estigmatizadas y discriminadas por los sistemas de atención a la salud. Muchos estudios revelan la realidad de la negación del tratamiento, la falta de atención del personal de hospitales hacia los pacientes, las pruebas del VIH sin consentimiento, la falta de confidencialidad y la negación de instalaciones



hospitalarias y medicinas. Otros factores que también impulsan estas respuestas son la ignorancia y la falta de conocimientos acerca de la transmisión del VIH.

Debe desarrollarse un mecanismo que monitoree la situación de las cuestiones de SDR de las PVVIH en entornos de atención a la salud y en los programas y políticas, y que monitoree la situación a través de las redes claves de PVVIH ((GNP+, ICW, YPoz y las redes nacionales de PVVIH).

Debe desarrollarse un mecanismo de implementación y monitoreo de las directrices y planes de estudio que aborden el estigma y la discriminación para las y los trabajadores sanitarios, maestros de escuela, encargados de formular políticas y personal de programas de todos los temas de SDR que afectan a las PVVIH, especialmente para la gente joven.

H Investigación

Involucrar a las personas que viven con el VIH en las actividades de respuesta al SIDA puede mejorar la prestación de los servicios, empoderarlas para terminar con su aislamiento, frenar los efectos del estigma y la discriminación y añadir una poderosa voz a las actividades de prevención. La meta de la investigación debe ser identificar y consolidar formas significativas de involucramiento de las PVVIH y, de manera más general, ayudar a las redes participantes, asociaciones y ONG de PVVIH a identificar las fortalezas y debilidades de sus actividades y servicios; esto, con el fin de mejorarlas en forma continua.

Los temas de investigación deben incluir:

- La necesidad de una base de evidencia para identificar y proporcionar servicios que respondan a todas las necesidades específicas de SDR de los diferentes subgrupos de PVVIH;
- Directrices de investigación sobre SDR a ser desarrolladas en consulta con las redes de VIH (OMS/ONUSIDA);
- La inclusión de las necesidades específicas de la

gente joven y su involucramiento y consentimiento informados en la investigación de Nuevas Tecnologías de Prevención (NTP) y la forma en que afectan los ARV el desarrollo fisiológico de la gente joven, incluida su SSR. (NTP incluye microbicidas, vacunas contra el VPH y vacunas contra el SIDA);

- Una mayor investigación sobre personas transexuales VIH-positivas incluidas sus necesidades y requerimientos de SDR;
- La revisión y documentación de cualquier legislación sobre penalización, sodomía y anti-despenalización de HSH y homosexualidad para identificar brechas en la vigilancia epidemiológica y desarrollar agendas de investigación apropiadas y/o relevantes que incluyan la prestación de servicios.

Circuncisión masculina voluntaria: La circuncisión masculina es uno de los procedimientos quirúrgicos más antiguos y comunes que se conocen. Se realiza por razones culturales, religiosas, sociales, así como médicas. La evidencia que la circuncisión masculina en adultos es un medio eficaz en la reducción de la transmisión sexual del VIH de mujeres a hombres es promisoria. El efecto protector parcial de la circuncisión masculina es notablemente consistente a través de estudios observacionales (ecológicos, transversales y de cohorte) y tres ensayos aleatorios controlados, conducidos en diversos entornos han demostrado que, bajo estas condiciones, hay una reducción aproximada del 60% en el riesgo de infección por VIH adquirida heterosexualmente de mujeres a hombres.

Sin embargo, este efecto protector de la circuncisión masculina no ha sido probado en hombres VIH-positivos. A la fecha, no hay evidencia que sugiera que hay algún efecto protector de la circuncisión masculina voluntaria en hombres VIH-positivos o sus parejas. Algunos estudios han sugerido que podría incluso haber un mayor riesgo para la pareja femenina VIH-negativa del hombre recientemente circuncidado, aunque las mayores tasas de infección todavía tienen que probarse. En la actualidad, no hay recomendación

de la OMS y el ONUSIDA para que los hombres VIH-positivos sean circuncidados. Tampoco hay evidencia de algún efecto protector entre hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres. Con base en la evidencia actual, es difícil recomendar la circuncisión masculina cuando se sabe que la condición de VIH es positiva.

Dicho lo anterior, a los hombres VIH-positivos que deseen ser circuncidados y que deseen apegarse a un paquete integral de prevención pre y post quirúrgico, no se les debe negar el procedimiento. Por otra parte, se desconoce si el estado de “estar circuncidado” podría o no convertirse en otra razón para discriminar a los hombres VIH-positivos que opten por permanecer sin ser circuncidados”. Esto debe ser cuidadosamente monitoreado conforme se implementan los programas de circuncisión masculina.

I Gente joven

Un grupo de gente joven que vive con el VIH asistió a la reunión de la consulta global. Ellos plantearon los singulares retos que enfrenta la gente joven en relación con sus derechos a la salud sexual y reproductiva. También pusieron de relieve las necesidades particulares de la gente joven que nació con VIH y de quienes lo adquirieron después de la iniciación sexual.

La gente joven discutió en su grupo los numerosos aspectos emocionales, físicos y psicológicos relacionados con su desarrollo sexual y reproductivo; y aportaron a la consulta una lista de sus propias recomendaciones que deben tomarse en cuenta cuando se desarrolle el paquete de orientación. Estas recomendaciones son:

■ **Servicios amigables para jóvenes:**

Debe haber personal experimentado más joven en clínicas y organizaciones para proporcionar información para nuevos usuarios de servicios de SDR para jóvenes. La información y los servicios deben ser relevantes para la gente joven. Ej. Tener servicios de



auditoría de jóvenes VIH+ para garantizar la implementación y que los jóvenes sean involucrados. Debe haber apoyo de pares para jóvenes PVVIH, quienes supervisarán el monitoreo y evaluación de los servicios de apoyo a pares.

■ **Personal médico y confidencialidad:**

Se debe desarrollar un ambiente en el que el personal médico tenga políticas de confidencialidad en operación y temas de capacitación de SDR y PJVVIH.

■ **Apoyo psicosocial:**

Se debe establecer servicios clínicos que proporcionen apoyo psicosocial a las PJVVIH. El personal clínico debe desarrollar las habilidades que le permitan identificar a PJVVIH con necesidades de apoyo psicosocial (depresión, ansiedad, tendencia al suicidio, progresión con infección). Hay necesidad de desarrollar programas psicosociales que traten con la salud sexual y tengan las herramientas de aptitudes para la vida dentro de la toma de decisiones (ej. servicios maritales, PTMAH).

■ **Derecho a la salud:**

Se debe educar a las PJVVIH en salud y derechos sexuales y reproductivos; y en el acceso a los servicios apropiados para las PJVVIH y la atención clínica.

■ **Accesibilidad a suministros y servicios:**

Se debe desarrollar sistemas de abastecimiento que monitoreen los servicios de tratamiento y distribución de suministros para PJVVIH.

■ **Conocimiento y alianzas:**

Se debe desarrollar una red en donde las PJVVIH puedan compartir una plataforma para intercambio de experiencias y estrategias e información.

■ **Apoyo para nacidos+ y pre adolescencia+:**

Se debe contar con servicios separados e integrados dentro de la prestación de servicios de salud y dentro de la comunidad, con apoyo específico en servicios de

salud dirigidos a atender las necesidades de quienes nacen con el VIH y de quienes fueron infectados en una etapa posterior.

■ **Derechos de prisioneros y Centros de Detención Juvenil:**

En el documento final, se debe asegurar que se reconoce los derechos de los prisioneros y que los prisioneros jóvenes existen y tienen derechos.

■ **Educación en SDR y capacitación en incidencia política:**

Se debe incluir a minorías étnicas de jóvenes al educar a PJVVIH en temas de SDR; y también desarrollar una Carta de Derechos para las PJVVIH y prestadores de servicios sobre el reconocimiento de las responsabilidades en materia de SDR.

■ **Salud y derechos reproductivos:**

Se debe estandarizar las políticas de SDR para la gente joven; desarrollar las directrices de la OMS sobre tratamiento a largo plazo para los nacidos+ y pre adolescentes+.

■ **Inclusión de las necesidades de las PJVVIH en la investigación de NTP:**

Se debe promover la inclusión de las PJVVIH en la investigación de NTP.

■ **Ambientes y Políticas protectores para PJVVIH en Centros Educativos:**

Se debe promover los ambientes y políticas protectores para PJVVIH a nivel pre-escolar, escolar, universitario, etc.



6 Impulso a la Agenda

Las y los participantes estuvieron satisfechos con la estructura de la consulta, incluidos el contenido y los objetivos. Todos estuvieron de acuerdo que al basarse en la consulta de Addis Abeba se había logrado abordar específicamente la inclusión de las voces de las PVVIH, para asegurar una aportación significativa y recomendaciones en el desarrollo del Paquete de Orientación. Las tres redes se beneficiarán de las aportaciones a través del foro de discusión en Yahoo; y, a partir de entonces, continuará la colaboración entre las tres redes y sus organizaciones asociadas para finalizar las recomendaciones en la forma de una Agenda de Incidencia política durante la Cumbre Living 2008, en julio de 2008 en la Ciudad de México.

Al cierre de la consulta, se planteó un tema clave en torno a la SDSR. En un esfuerzo para el fortalecimiento de capacidades dentro del sistema de atención a la salud, se llegó al entendimiento de que en el diseño de políticas y programas para abordar las necesidades de salud sexual y reproductiva de hombres y mujeres que viven con el VIH, las personas encargadas de formular las políticas, las expertas en salud pública y planificadores de programas a nivel nacional, no solamente deben considerar los mejores datos científicos disponibles; sino que, para ser realmente exitosos, deben también aprovechar las perspectivas, especialización y experiencias acumuladas de las personas que viven con el VIH.

Adicionalmente, las redes y asociaciones de personas VIH-positivas y organizaciones basadas en la comunidad, dirigidas por y para las personas que viven con el VIH, tienen un rol clave que desempeñar en todas las etapas del proceso — desde el diseño de programa y políticas, hasta la prestación y evaluación de servicios de salud sexual y reproductiva. Esto incluye la participación de hombres, mujeres y jóvenes VIH-positivos en las decisiones sobre cómo y cuáles servicios deben estar disponibles — por ejemplo, si se ofrece los servicios a través de un sistema de referencias, o mediante la adaptación de los servicios de salud existentes, como los programas de planificación familiar, los programas de prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo, o programas de rehabilitación del consumo de drogas. Además, los gobiernos y donantes deben invertir en la capacidad de las organizaciones dirigidas por y para las personas con VIH, de tal forma que participen plenamente en el diseño de políticas y programas de servicios de salud sexual y reproductiva.

Toda persona tiene derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Los Estados deberían adoptar todas las medidas apropiadas para asegurar, en condiciones de igualdad entre hombres y mujeres, el acceso universal a los servicios de atención médica, incluidos los relacionados con la salud reproductiva, que incluye la planificación de la familia y la salud sexual. Los programas de atención de la salud reproductiva deberían proporcionar los más amplios servicios posibles sin ningún tipo de coacción. Todas las parejas y todas las personas tienen el derecho fundamental de decidir libre y responsablemente el número y el espaciamiento de sus hijos y de disponer de la información, la educación y los medios necesarios para poder hacerlo.

Principio 8

Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, 1994

A ■ Apéndice – Declaración de Ámsterdam sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Personas que Viven con el VIH

Nosotros, en nuestra calidad de representantes de 65 redes de personas que viven con VIH, afirmamos nuestra salud y derechos sexuales y reproductivos libres de discriminación, penalización, estigma y crítica.

Quiénes somos:

Como personas que vivimos con el VIH y que provenimos de diversos orígenes étnicos y culturales, reconocemos las disparidades en el acceso y la diversidad en las experiencias de las personas que viven con el VIH alrededor del mundo. Las personas representadas en la reunión incluyeron mujeres, personas transexuales, gente joven, hombres heterosexuales, hombres gay, lesbianas, bisexuales y personas que se han inyectado o inyectan drogas, personas pertenecientes a organizaciones basadas en la fe, personas con discapacidades, personas que se han dedicado o dedican al trabajo sexual, personas que han estado presas o que se encuentran en estado de detención, migrantes, personas refugiadas y desplazadas internamente, hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, y pueblos indígenas.

Nuestra salud y derechos sexuales y reproductivos:

- Las personas que vivimos con el VIH tenemos libertad de decidir sobre nuestra expresión sexual consensual y placentera;

- Las personas que vivimos con el VIH tenemos libertad de decidir sobre nuestra reproducción, matrimonio y planificación familiar;
- Las personas que vivimos con el VIH tenemos el derecho fundamental de acceso a la información sobre salud sexual y a servicios integrales de salud sexual¹.

Ejercicio de nuestros derechos a la salud sexual y reproductiva:

Las personas que vivimos con el VIH desempeñamos un

rol vital en la toma de decisiones que afectan nuestra propia salud sexual y reproductiva y subrayamos la importancia de implementar los Principios de mayor Involucramiento de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (GIPA), de involucramiento significativo de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MIPA) y de involucramiento pleno de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (FIPA) a todos los niveles, incluida la selección, diseño implementación monitoreo y evaluación de servicios de salud sexual y reproductiva.

Declaración de Ámsterdam sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos para las Personas que Viven con el VIH

- Al afirmar, garantizar y experimentar de manera responsable nuestra salud y derechos sexuales y reproductivos, estamos contribuyendo a reducir el impacto de la epidemia del VIH y a fomentar la salud pública y la responsabilidad compartida.
- Para cumplir con nuestra responsabilidad colectiva, hacemos un llamado a las organizaciones internacionales, regionales y locales, gobiernos, financiadores y la sociedad civil, incluidos los prestadores de servicios, ONG, OBF y otras partes interesadas para que reconozcan nuestra salud y derechos sexuales y reproductivos; y nos incluyan, de manera significativa en el desarrollo, implementación e integración de políticas y servicios con el fin de apoyarnos en la creación de un ambiente favorable para el ejercicio de nuestros derechos.

¹ Los Servicios integrales de salud sexual y reproductiva incluyen el acceso a suministros como los condones masculinos y femeninos, lubricantes a base de agua, guantes, terapia antirretroviral, equipo estéril para inyección, terapia de sustitución de opiáceos, tratamiento de infertilidad incluida la reproducción asistida, lavado de semen, anticoncepción de emergencia, PPE sexual y servicios de apoyo después de asalto sexual sin importar el género, edad, sexualidad, formación cultural, origen étnico, religión, ingreso, nivel educativo, medio ambiente, situación y contexto.

B ■ Apéndice - Lista de recomendaciones

Consulta Global sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos (SDSR) de las personas que viven con el VIH

Las recomendaciones se dividen en:

- 1 Involucramiento e inclusión
 - A Implementación
 - B Acceso
 - C Capacitación
 - D Aspectos legales
 - E Monitoreo y evaluación
- 2 Aspectos relacionados con el estigma
- 3 Aspectos de investigación
- 4 Responsabilidades y decisiones
- 5 Otros temas

Preámbulo

Al reconocer la necesidad de que los Sistemas de Salud (SS) sean holísticos, flexibles, creativos e integrales para poder incluir, abarcar y responder a las diferentes necesidades y derechos de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH, se necesita enfocar la atención en:

- La provisión de un continuo integral de servicios de SSR para las personas que viven con el VIH, desde el nacimiento (especialmente para las personas que nacen con el VIH), a la niñez, la adultez y la vejez.
- La provisión de servicios de atención integrales y suministros para personas VIH-positivas jóvenes y de edad avanzada, transexuales, hombres y mujeres (ej. atención del cáncer, servicios para infecciones de transmisión sexual (ITS), prevención de la transmisión de padres a hijos (PTPAH), anticoncepción y apoyo psicosocial).
- La provisión de servicios integrales para mujeres que viven con el VIH, más allá de la prevención vertical de la transmisión del VIH, incluidos los programas de tratamiento y apoyo, enfocados en la salud de las mujeres.
- La provisión de acceso a servicios integrales post asalto sexual, incluidos el manejo de ITS, la anticoncepción de emergencia y el apoyo psicológico.
- La provisión de acceso a los suministros de SSR (incluidos los lubricantes, condones femeninos y

masculinos y los microbicidas rectales y vaginales, cuando estén disponibles, si es que llegan a estarlo).

- El desarrollo de directrices para las y los trabajadores sanitarios con el objeto de involucrar a los hombres en la concepción, la prevención de la transmisión de padres a hijos y en los servicios de planificación familiar.
- La provisión de servicios para prisioneros jóvenes, especialmente para aquellos recluidos en centros de detención juvenil; así como para personas adultas mujeres, hombres y transexuales prisioneros (especialmente los indígenas).
- La provisión de servicios de reducción de daños que incluyan las necesidades específicas de las personas transexuales VIH-positivas (ej. inyecciones de hormonas, la cirugía de reasignación sexual y la castración).
- La provisión de servicios de reducción de daños que contemplen las necesidades específicas de las mujeres VIH-positivas usuarias de drogas inyectables, asegurando que las embarazadas VIH-positivas usuarias de drogas opiáceas inyectables continúen recibiendo terapia de sustitución antes, durante y después de dar a luz.
- El involucramiento de las personas que viven con el VIH en la formación de las y los prestadores de servicios de salud.
- El involucramiento de las personas que viven con el

VIH, especialmente las mujeres VIH-positivas, en los procesos de toma de decisiones sobre SSR a todos los niveles.

- La garantía de que las personas que viven con el VIH estén involucradas en la formulación de políticas (especialmente en donde dichas políticas no existan) y su implementación, monitoreo y evaluación. Esto incluye poblaciones claves; i.e. hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres; así como personas usuarias de drogas inyectables, trabajadoras del sexo, transexuales, indígenas; y las que viven en entornos de detención, personas con discapacidades y jóvenes.

1 Involucramiento e inclusión

1. De conformidad con el Principio de mayor involucramiento de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (GIPA), involucrar a las personas VIH-positivas, incluidas las poblaciones claves en la selección, diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas, programas y asignación de recursos relacionados con la SSR:
 - Solamente aquellas organizaciones que demuestren que el 25% de sus órganos de toma de decisiones incluyen PVVIH capacitadas y capaces, podrán recibir fondos de VIH para servicios de SDRS para personas que viven con el VIH (esto es un criterio de financiamiento bilateral, multilateral, privado, público, fundaciones, etc.).
2. Las personas transexuales deben ser reconocidas por su propio derecho y no catalogadas bajo la categoría de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), o agrupadas como lesbianas, gay, bisexuales y transexuales (LGBT), etc.
3. Las redes globales de personas que viven con el VIH deben incluir de manera significativa a las personas transexuales en sus procesos de consulta.
4. Debe involucrarse más a los hombres en la reducción y eliminación de la violencia basada en

género (VBG) contra las mujeres, las personas transexuales y los hombres, a través de campañas impulsadas por la comunidad sobre la reducción de la VBG.

Implementación

5. Las organizaciones de SSR deben asegurar el involucramiento de las personas que viven con el VIH en sus políticas y programas, así como asegurar el financiamiento apropiado para apoyar dicho involucramiento.
6. Las personas transexuales deben involucrarse en la selección, diseño, implementación, monitoreo y evaluación de políticas y programas de SSR.
7. Los hombres deben involucrarse más en programas y campañas a todos los niveles para reducir y eliminar la violencia basada en género (VBG) contra las mujeres, personas transexuales y otros hombres.

Acceso

8. Un continuo de atención integral desde el nacimiento, a la niñez y la adultez (especialmente para personas nacidas con el VIH).
9. Directrices para las y los trabajadores sanitarios dirigidas a involucrar a los hombres en servicios de concepción, prevención de la transmisión de padres a hijos y planificación familiar.
10. Servicios y suministros de SSR (incluidos los condones masculinos y femeninos y los lubricantes).
11. Servicios integrales de atención y suministros para personas transexuales VIH-positivas (ej. atención del cáncer, servicios para infecciones de transmisión sexual (ITS), prevención de la transmisión de padres a hijos (PTPAH), anticoncepción y apoyo psicosocial).
12. Las mujeres que viven con el VIH deben obtener servicios integrales más allá de la prevención de la transmisión vertical, incluidos los programas de tratamiento y apoyo, enfocados en la salud de las mujeres.

13. Servicios integrales, accesibles y amigables para las mujeres. Las mujeres embarazadas VIH-positivas usuarias de drogas inyectables opiáceas, deben continuar recibiendo terapia de sustitución antes, durante y después del embarazo.
14. Servicios integrales posteriores al asalto sexual, incluidos el manejo de ITS, la anticoncepción de emergencia y apoyo psicológico.
15. Servicios para prisioneros jóvenes, especialmente aquellos bajo detención juvenil.
16. Los servicios de reducción de daños deben incluir las necesidades específicas de las personas transexuales VIH-positivas (ej. inyecciones de hormonas, cirugía de reasignación sexual y castración).

Capacitación

17. Los planes de estudios para trabajadores sanitarios nuevos y existentes deben responder a las necesidades de SSR de las personas que viven con el VIH (incluidas las personas transexuales, jóvenes y adultas), tomando en cuenta la sensibilización y el apoyo de la SSR de las personas que viven con el VIH.
18. Capacitación de las personas VIH-positivas en incidencia política.
19. Incluir en el plan de estudios de capacitación la disfunción sexual de las personas que viven con el VIH, tanto de quienes están o no están bajo tratamiento.

Aspectos legales

Se necesita un apoyo sólido (declaraciones de posición, informes de políticas, documentos de directrices técnicas, financiamiento para la incidencia política en temas de SDRS y actividades de cabildeo con los gobiernos nacionales) de las organizaciones asociadas (ONU, gobiernos y sociedad civil) para luchar por la revocación de leyes que penalizan a las personas VIH-positivas y que les impiden gozar plenamente de su SDRS. El trabajo en esta área debe incluir:

20. Un sólido apoyo de las organizaciones asociadas (ONU, gobiernos y sociedad civil)) para oponerse y presionar por la revocación de leyes que penalicen los derechos de las personas VIH-positivas, con el fin de que gocen plenamente de su SSR.
21. Equidad en las leyes de adopción y custodia de niños por parte de padres VIH-positivos.
22. Remoción de leyes que contravengan el derecho al matrimonio y las barreras para fundar una familia.

Monitoreo y evaluación

23. Debe apoyarse un sistema de monitoreo y evaluación a través del cual las personas que viven con el VIH puedan documentar y reportar casos de estigma y discriminación, así como violaciones a las SDR por parte de los prestadores de servicios sanitarios, incluidos los prestadores de servicios de SSR y VIH.

2 Aspectos relacionados con el estigma Eliminación del estigma

Las personas que viven con el VIH deben conducir iniciativas que resulten en la eliminación del estigma. Estas iniciativas deben incluir:

24. Mapeo y monitoreo de mejores prácticas basadas en el GIPA.
25. Desarrollo de una herramienta para monitorear la situación de la SDR de las personas que viven con el VIH (en entornos sanitarios y en las políticas y programas); y monitorear periódicamente la situación a través de las redes de personas que viven con el VIH, incluidas la Global Network of People Living with HIV/AIDS, la International Community of Women, Young Positives y las redes nacionales de personas que viven con el VIH.
26. El desarrollo, implementación y monitoreo de directrices y planes de estudio para trabajadores sanitarios, maestros de escuela, encargados de formular políticas y personal de programas, que aborden el estigma y la discriminación, así como la SDR de todas las personas que viven con el VIH, especialmente las de la gente joven VIH-positiva,

incluida la capacitación específica para docentes y encargados de desarrollar planes de estudio, de tal forma que se tome en cuenta las cuestiones y necesidades de SSR de la gente joven VIH-positiva.

3 Aspectos de Investigación

Existe la necesidad de una investigación ética y adecuada, así como de directrices que proporcionen la base de evidencia que resultará en la identificación de la salud y derechos sexuales y reproductivos específicos de los varios subgrupos de personas que viven con el VIH y de los servicios que debe proporcionárseles para responder a esas necesidades. Las directrices deben desarrollarse como parte de la alianza entre las redes de personas que viven con el VIH y sus organizaciones asociadas. Ejemplos de las áreas que es necesario cubrir incluyen:

27. Las necesidades de la gente joven en la investigación sobre nuevas tecnologías de prevención.
28. Las necesidades de la gente joven en relación con la investigación sobre nuevas tecnologías y los efectos de las terapias antirretrovirales en el desarrollo fisiológico de la gente joven VIH-positiva; incluidos los aspectos de SSR y prestando especial atención a la participación informada de la gente joven.
29. Investigación sobre los derechos y necesidades de SDR de las personas transexuales VIH-positivas.
30. Revisión y documentación de legislación sobre penalización y sodomía.
31. Revisión y documentación de legislación sobre anti-despenalización de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres y homosexualidad, para identificar brechas en la vigilancia epidemiológica y en servicios relevantes y apropiados.
32. Investigación sobre la conveniencia de la circuncisión masculina de PVIH

4 Responsabilidades y decisiones

33. Comportamiento positivo y auto-protección.
34. Promover el asesoramiento y pruebas voluntarios (APV) y las referencias con atención y apoyo.
35. La prevención secundaria y positiva es importante pero debe ser redefinida por las personas VIH positivas para que sea efectiva.

5 Otros temas

36. El reconocimiento legal de identidad y expresión de las personas transexuales como requisito para hacer realidad sus derechos a la SSR.
37. Desarrollar una carta de derechos por y para la gente joven que vive con el VIH, sobre sus derechos y responsabilidades respecto a la SSR, incluidas las responsabilidades de sus prestadores de servicios.
38. Apoyar y promover el intercambio de conocimientos y las alianzas, trabajo en redes, espacios seguros y aprendizaje entre y por parte de la gente joven que vive con el VIH.
39. Abogar a favor de ambientes y políticas protectoras dentro de las políticas de los sistemas educativos para la gente joven que vive con el VIH.

Lista de Participantes

Participante	País de residencia (Afilación)
Greet, Beverly Joy	Australia
Raper, Stephanie Joy	Australia
Somda, Dakuyo Martine	Burkina Faso
Correia Gomez, Marco Paulo	Canadá
McClelland, Alex	Canadá
Ong Yong Yong, Rachel	Singapur
Chakrapani, Venkatesan	India
Henminlun/Loon Gangte	India
Yuvaraj, Anandi	India
Manggala, Yudi	Indonesia
Ratri, Candrika Phalita	Indonesia
Moradi, Amirreza	Irán
Akinyi, Elisabeth Osewe	Kenia
Ateka, Pamela	Kenia
Atieno, Muchembre Elizabeth	Kenia
Wangui, Elizabeth Isabellah	Kenia
Klavins, Sandris	Latvia
Sembereka, Sylvester MacDonald	Malawi
Gatsi, Jennifer	Namibia
Pant, Sunil	Nepal
Baziruwisabiye, Chantal	Países Bajos
Fransen, Raoul	Países Bajos (Young Positives)
Janssen, Hannah	Países Bajos
Kuzwayo, Fezekile	Países Bajos
Moody, Kevin	Países Bajos (GNP+)
Welter, Françoise	Países Bajos (GNP+)
Moala, Edward	Samoa

Participante	País de residencia (Afilación)
Cano Meza, Arely del Carmen	Nicaragua
Quinto Jr., Dionisio Orena	Filipinas
Iwulska, Marianna	Polonia
Pavel, Bogdan Maria	Rumania
Raducanu, Oana Maria	Rumania
Stephen, Roderick John	Sudáfrica (relator)
Wessenaar, David Jason	Sudáfrica
Pengel, Ethel	Surinam
Dilmitis, Sophie	Suiza
Doupe, Andrew	Suiza (consultor)
Thomson, Kate	Suiza (UNAIDS)
Singh, Gurmit	Suiza (IAS, facilitador)
Akhmedova, Parvina	Tayikistán
Gray, Greg	Tailandia
Williams, Deborah Violet	Trinidad y Tobago
Garner, Adam	RU
Hows, Julian	RU (facilitador)
Tima, Belinda	RU
Trossero, Alejandra	RU (IPPF, facilitador)
Walsh, Henry James	RU
Walters, Clint Lee	RU
Mellors, Shaun	RU (facilitador)
Corado, Ruby	EE.UU.
Collins, Toni	EE.UU.
Dockrey, Deloris	EE.UU.
Hull, Beri Colyn	EE.UU.
Lawson, Philippa	EE.UU.

Participante	País de residencia (Afilación)
Murray, Todd Alan	EE.UU.
Steward, Rhonda Ann	EE.UU.
Huyen, Huynh Nhu Thanh	Vietnam
Nguyen, Hoai Linh	Vietnam
Mashamba, Evelyn Sharon	Zimbabue
Mungazi, Godfrey	Zimbabue

Orador invitado	Afilación
Dr Peter Piot	ONUSIDA
Organizaciones colaboradoras y representantes de financiadores	
Bekkers, Paul	MoFA Países Bajos
Collins, Lynn	UNFPA
Cottingham, Jane	OMS
Gray, Nicole	William & Flora Hewlett Foundation
Hawkins, Kate	Consultora
Klinkert, Els	MoFA Países Bajos
Lusti-Narasimhan, Manjula	OMS
Perchal, Paul	EngenderHealth
Thomson, Kate	ONUSIDA
Representantes de las organizadoras de la Consulta	
Bell, Emma	ICW
De Goei, Tanne	GNP+
Hale, Fiona	ICW
Tonnon, Jasper	GNP+

D ■ Agenda de la Consulta

Día 1 – Miércoles 5 de diciembre de 2007

09.00	Palabras de bienvenida de parte de ICW, YPoz y GNP+ y presentación de las organizaciones colaboradoras
09.30	Logística – Asuntos apremiantes de logística para las y los participantes
09.40	Introducción al proceso de facilitación, equipo de documentación y acuerdo sobre la agenda
10.30	Bienvenida del Dr. Peter Piot, Director Ejecutivo, ONUSIDA Paul Bekkers, Embajador para el SIDA de los Países Bajos
10.45	Introducción a tres áreas de consulta
11.10	1) políticas y derechos
11.30	Receso
12.00	(2) sistemas de salud
12.20	(3) incidencia política
12.40	Preguntas adicionales para aclarar las instrucciones previas al trabajo en grupos
13.00 – 14.00	Almuerzo
14.00	División del grupo en tres grupos más pequeños para tratar los temas de: (1) incidencia política, (2) sistemas de salud, (3) políticas y derechos
15.15-15.45	Receso
15.45 -16.45	Continuación de los grupos de trabajo
16.45- 17.00	Cierre – y cualquier evento nocturno, juntas de representantes, etc.

Día 2 Jueves 6 de diciembre de 2007

09.00	Revisión del trabajo del día anterior – Revisión general de ‘Cómo se sintió’/ aprendizaje personal/ reflexiones
09.15	Revisión plenaria del día 1 e introducción a las sesiones matutinas de trabajo en grupos
09.30	Grupos de trabajo por tipo de clientela atendida 1) Mujeres 2) UDI, Trabajadores sexuales, Transexuales 3) Hombres Grupos sugeridos....
10.30	Continuación en los mismos grupos para revisar aspectos, retos y oportunidades presentados el día anterior en relación con las tres áreas e identificar los temas principales de interés. Preparación para el programa de entrevistas - ¡¡¡¡tomar riesgos!!!
11.15	Receso
11.45	Sesión plenaria – simulación de ‘Programa de entrevistas’ Panel de discusión compuestos por grupos de trabajo de siete personas que se identificarán a sí mismas como pertenecientes a una de las siguientes ‘clientelas’: DUI, hombres heterosexuales, MSM, transexuales, mujeres, gente joven
12.30	Almuerzo
13.30	Sesión plenaria para presentar trabajo en grupos para la tarde
13.45	Los grupos de trabajo temáticos por documento a ser elaborado, incorporarán los temas claves identificados por la mañana y que sean relevantes para los documentos esenciales; y comenzarán a formular recomendaciones claves (3 a 5)
15.00	Receso
15.30	Los grupos temáticos continuarán con la segunda parte – observando quiénes son las principales audiencias/objetivo para cada recomendación.
16.30	Conclusión del trabajo del día
19:00	Cena en grupo

Día 3 – Viernes 7 de diciembre de 2007

09.00	Revisión del trabajo del día anterior – Revisión general de ‘Cómo se sintió’/ aprendizaje personal/ reflexiones
9.15	Presentación plenaria de recomendaciones claves preparadas el Día 2 por documento: (1) políticas y derechos, (2) sistemas de salud, (3) incidencia política
9.45	Presentación de borrador de declaración para revisión: nuestra posición respecto a este asunto a ser presentada a audiencias externas
10.00	Tres grupos desarrollarán planes de acción: para el corto, mediano y largo plazo
11.15	Receso
11.45	Sesión plenaria para presentar y acordar sobre acciones y refinar recomendaciones
13.00	Almuerzo
14.00	Sesión plenaria abierta a organizaciones asociadas - Presentación de recomendaciones claves - Llamado para la acción - Declaración de esta Consulta
15.00	Receso
15.30	Sesión de conclusiones para acordar sobre los pasos siguientes, incluidas las organizaciones asociadas claves
16.00	Evaluación de la reunión
16.30	Clausura y despedidas

Para mayor información sobre esta Consulta, por favor comuníquese con alguna de las siguientes organizaciones:

Global Network of People Living with HIV (GNP+)

P.O. Box 11726 · 1001 GS Amsterdam · The Netherlands

T +31 20 423 4114 **F** +31 20 423 4224

www.gnpplus.net **E** infognp@gnpplus.net

International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW)

Unit 6, Building 1 · Canonbury Yard 190a · New North Road · London N1 7BJ

United Kingdom

T +44 20 7704 0606 **F** +44 20 7704 8070

www.icw.org **E** info@icw.org

Stichting Young and Positive

Visiting Address:

Keizersgracht 390-392 · 1016 GB Amsterdam · The Netherlands

Postal Address:

P.O. Box 10152 · 1001 ED Amsterdam · The Netherlands

T +31 20 528 78 28 **F** +31 20 627 52 21

www.youngpositive.org **E** Rfransen@icssupport.org

Equipo de la Consulta :

Facilitadores principales

Julian V. Hows Reino Unido julianhows@btinternet.com

Alejandra Trossero Reino Unido atrossero@ippf.org

Apoyo a la facilitación

Shaun Mellors Reino Unido smellors@aidsalliance.org

Gurmit Singh Suiza Gurmit.singh@iasociety.org

Rapport

Rick Stephen Sudáfrica jazman1@tiscali.co.za

Varios participantes utilizaron sus aptitudes de facilitación para dirigir sesiones de grupos – y apoyaron las reuniones de información y revisión con los organizadores como parte de este proceso. Nuestro sincero agradecimiento para todas las personas que participaron.