

Fomento de los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Derechos Humanos de las Personas que Viven con el VIH

***Paquete de Orientación**

Fomento de los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Derechos Humanos de las Personas que Viven con el VIH. Paquete de Orientación

Fomento de los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Derechos Humanos de las Personas que Viven con el VIH

***Paquete de Orientación**

Publicado por:

The Global Network of People Living with HIV/AIDS (GNP+)

[Red Global de Personas viviendo con VIH/SIDA]

P.O. BOX 11726

1001 GS Amsterdam

The Netherlands

Sitio web: www.gnpplus.net

E-mail: infognp@gnpplus.net

Algunos derechos reservados: Este documento puede ser compartido, copiado, traducido, revisado y distribuido libremente, en parte o totalmente, pero no para su venta o uso en conjunto con otro material con propósitos comerciales. Solamente las traducciones, adaptaciones y reimpressiones autorizadas pueden llevar los emblemas de GNP+ y/o de sus socios individuales en el Paquete de Orientación. Sus preguntas deben dirigirse a GNP+, P.O. BOX 11726, 1001 GS, Amsterdam, The Netherlands, infognp@gnpplus.net.

© Mayo de 2009. Red Global de Personas viviendo con VIH/SIDA (GNP+)

Diseño gráfico: www.samgobin.nl

ISBN 978-94-90241-02-5

Cita sugerida: GNP+, ICW, Young Positives, EngenderHealth, IPPF, ONUSIDA. 2009. Fomento de los Derechos Sexuales y Reproductivos y los Derechos Humanos de las Personas que Viven con el VIH: Paquete de Orientación. Amsterdam, GNP+.

CONTENIDOS

LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS	4
AGRADECIMIENTOS	5
RESUMEN EJECUTIVO	6
1 INTRODUCCIÓN Y RECOMENDACIONES	9
I. Hacia una mejor comprensión de los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH	10
II. Revisión general del Paquete de Orientación	11
III. Recomendaciones específicas	13
2 CREACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD SOLIDARIO	15
I. Aspectos estructurales	17
Financiamiento	17
Vinculación de los servicios	18
Suministros y tecnologías	19
Trabajadores sanitarios	19
Estigma y discriminación relacionados con el VIH	20
Actores no gubernamentales: organizaciones comunitarias y trabajadores sanitarios informales	21
Acceso a poblaciones marginadas	22
Monitoreo y evaluación	22
II. Servicios Clínicos	22
Consejería y pruebas de VIH	23
Educación sexual	24
Apoyo psicosocial	25
Planificación familiar y doble protección	26
Aborto	27
Concepción, embarazo y parto	28
Infecciones de transmisión sexual	29
Diagnóstico y tratamiento del cáncer	30
Violencia	30
Disfunción sexual	31
Prevención positiva	31
III. Protección de los Derechos Humanos, Fomento de la Salud Pública	32
3 CONSIDERACIONES LEGALES Y DE POLÍTICA	33
I. Leyes y políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva	35
Penalización de la transmisión del VIH	35
Sexo anal	36
Consejería y pruebas de VIH	36
Planificación familiar y aborto	37
Matrimonio, divorcio y custodia de los hijos	38
Derecho de las mujeres a la propiedad y la herencia	38
Circuncisión masculina	39
El mayor involucramiento de las personas que viven con el VIH	39
II. Políticas que afectan a poblaciones claves en mayor riesgo	40
Gente joven	40
Personas dedicadas al trabajo sexual	41
Personas que consumen drogas	41
Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres	42
Personas transgénero	43
Personas en prisión	44
Personas migrantes	44
Personas refugiadas y desplazadas internamente	45
III. Vinculación de las reformas legales con la salud sexual y reproductiva	46
4 INCIDENCIA POLÍTICA EFECTIVA	47
I. Retos para una incidencia política efectiva	49
Estigma y discriminación relacionados con el VIH	49
Desigualdad de género y violencia	50
Marginación	51
Pobreza	52
Falta de colaboración	52
II. Mejoramiento de la incidencia política	53
Aprovechamiento de la especialización única de las personas que viven con el VIH	53
Provisión de educación y capacitación	54
Obtención de evidencia relevante para las políticas	54
Monitoreo y evaluación	56
Fortalecimiento de las redes y alianzas	57
III. Empoderamiento y salud a través de una incidencia política más efectiva	57
APÉNDICES	
Más información y herramientas útiles	61
Lista de recomendaciones	64
NOTAS	66
CRÉDITOS FOTOGRÁFICOS	72

LISTA DE ACRÓNIMOS Y ABREVIATURAS

CPV	Consejería y prueba voluntaria
DIU	Dispositivo Intrauterino
ERP	Estrategia para la reducción de la pobreza
Fondo Mundial	Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria
GIPA	Greater Involvement of People living with HIV [Mayor involucramiento de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA]
GNP+	The Global Network of People Living with HIV [Red Global de Personas viviendo con VIH]
HSH	Hombres que mantienen Relaciones Sexuales con Hombres
ICW	International Community of Women Living with HIV/AIDS [Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA]
IPPF	International Planned Parenthood Federation [Federación Internacional de Planificación de la Familia]
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
LGBTI	Lesbianas, Gays, Bisexuales, Transgéneros e Intersexuales
MCC	Mecanismo coordinador de país
NAPWA	Australian National Association of People living with HIV [Asociación Nacional Australiana de Personas que Viven con el VIH]
NWHN	Namibia Women's Health Network [Red de Salud de Mujeres de Namibia]
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONG	Organización No Gubernamental
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
PEPFAR	U.S. President's Emergency Plan for AIDS Relief [Plan de Emergencia del Presidente de los EUA para Aliviar el SIDA]
PTPAH	Prevención de la Transmisión de Padres a Hijos
PVVIH	Personas que viven con el VIH
SDSR	Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos
SIDA	Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida
SSR	Salud Sexual y Reproductiva
SWAp	Sector Wide Approach [Enfoques Sectoriales]
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS [Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA]
VBG	Violencia basada en el género
VIH	Virus de Inmuno Deficiencia Humana
VPH	Virus del Papiloma Humano

AGRADECIMIENTOS

Este Paquete de Orientación es el resultado de un considerable trabajo realizado por numerosas personas. Surgió a partir de un proceso de colaboración entre ocho organizaciones: la Red Global de Personas viviendo con VIH (GNP+), la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA (ICW), Young Positives, EngenderHealth, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este proceso comenzó con una consulta sobre el derecho a la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH, realizada en Adís Abeba en marzo de 2006 y patrocinada por EngenderHealth, el UNFPA y la OMS. El Paquete de Orientación se presentó posteriormente en forma de borrador en dos reuniones internacionales organizadas para y por personas positivas, con el apoyo de las agencias mencionadas anteriormente así como de otras agencias colaboradoras: en la Consulta Global sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Personas que Viven con el VIH, realizada en Ámsterdam en diciembre de 2007; y en LIVING 2008: La Cumbre de Liderazgo Positivo, justo antes de la XVII Conferencia Internacional de SIDA en la Ciudad de México.

Andrew Doupe, Kate Hawkins y Susan Paxton prepararon los primeros borradores de los diferentes capítulos. Jennifer Nadeau emprendió la desafiante tarea de reducir 400 páginas al conciso documento que es ahora. Muchas personas nos dieron sus aportes, comentarios, sugerencias y apoyo, entre ellas: Emma Bell, Lynn Collins, Jane Cottingham, Raoul Fransen, Beri Hull, Manjula Lusti-Narasimhan, Kevin Moody, Promise Mthembu, Kevin Osborne, Paul Perchal, Jason Sigurdson, Kate Thomson, Susan Timberlake, Danielle Turnipseed, Alejandra Trossero y Françoise Welter.

Agradecemos profundamente el apoyo de las siguientes organizaciones a lo largo de los diferentes pasos en el proceso de producción de este Paquete de Orientación: Aids Fonds Netherlands, EngenderHealth, the Ford Foundation, the William and Flora Hewlett Foundation, the Netherlands Ministry of Foreign Affairs, la Fundación David & Lucile Packard Foundation, Soa Aids Nederland y el UNFPA.

RESUMEN EJECUTIVO

Los imperativos tanto de derechos humanos como de salud pública requieren que los sistemas de atención a la salud y los sistemas legales apoyen la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH. Las personas que viven con el VIH tienen derecho a vidas sexuales saludables y satisfactorias, pero también necesitan leyes que protejan este derecho y los servicios apropiados que aseguren su salud sexual y reproductiva. Desde una perspectiva de salud pública, tanto tomadores de decisiones como prestadores de servicios tienen que reconocer que las personas que viven con el VIH sí establecen relaciones, tienen relaciones sexuales y tienen hijos. El asegurar que dichas personas puedan hacer todo esto de manera segura es fundamental para mantener su propia salud y la de sus parejas y familias.

Este Paquete de Orientación fue desarrollado por personas que viven con el VIH, con el objeto de ayudar a las personas que formulan las políticas, gerentes de programas, profesionales de la salud, donantes y activistas, a comprender mejor los pasos específicos que debe darse para apoyar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas VIH-positivas. El Paquete de Orientación establece un enfoque amplio para examinar los beneficios en materia de salud sexual y reproductiva de las reformas en diversos sectores. Hace 12 recomendaciones, las cuales abarcan – y, en muchos casos, trascienden los límites de – los cambios que tienen que hacerse en los servicios de salud, en la arena política y legal y en los esfuerzos de incidencia política.

La debilidad general de los sistemas de salud es responsable de muchas de las brechas que impiden a las personas que viven con el VIH el pleno goce de su salud y sus derechos sexuales y reproductivos. Por ello, es extremadamente importante el fortalecimiento de los sistemas de salud y el mejoramiento del acceso a los tan necesarios servicios de salud sexual y reproductiva – por ejemplo, la disponibilidad de los condones masculinos y femeninos. Las personas que viven con el VIH también necesitan servicios especiales relacionados con la salud sexual y reproductiva, como la orientación en el uso de anticonceptivos hormonales mientras que están bajo terapia antirretroviral. Además, el estigma y la discriminación pueden dificultar que las personas que son VIH-positivas tengan acceso a los servicios de salud. Las y los trabajadores sanitarios necesitan recursos, información, habilidades y capacitación para sensibilizarse respecto a las necesidades específicas de las personas VIH-positivas, incluida la importancia de la confidencialidad y la forma de minimizar el pequeño riesgo de la exposición ocupacional a la infección por VIH.

Desde el punto de vista legal, el tema más importante para la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH es que, de manera clara, se prohíba la discriminación. Segundo, que los gobiernos se abstengan de penalizar el comportamiento sexual consensual entre personas adultas, tal y como lo establecen algunas leyes que penalizan las relaciones sexuales anales, la fornicación y el adulterio. La transmisión del VIH no debe ser considerada como un crimen, excepto en los muy raros casos en donde haya evidencia más

allá de toda duda razonable que una persona deliberadamente trate de infectar a otra y que, de hecho, lo haya logrado. Fuera de esto, las leyes y políticas en muchas áreas – incluidas aquellas relacionadas con la consejería y pruebas del VIH, planificación familiar, maternidad y atención infantil, matrimonio, derecho a la propiedad y herencia, así como la circuncisión masculina – pueden afectar directa o indirectamente la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH, por lo que deben ser examinadas para asegurar que en realidad apoyen la salud y derechos humanos de esas personas. Con frecuencia, las y los miembros de grupos marginados están en especial riesgo de contraer la infección por VIH; y, una vez que se vuelven VIH-positivos, enfrentan momentos especialmente difíciles tratando de obtener el apoyo que necesitan. Los sistemas legales deben proporcionar especial protección para los grupos marginados, así como el acceso a servicios legales de calidad, de tal forma que las presuntas violaciones a los derechos humanos puedan ser abordadas apropiadamente.

La agenda de incidencia política de las personas que viven con el VIH para promover su salud y derechos sexuales y reproductivos está enfocada en gran parte en la reforma de los sistemas de salud y legal, así como en el fortalecimiento de los sistemas comunitarios. Las y los activistas deben trabajar con los sistemas de salud y los sistemas legales existentes, para trascender en la lucha contra el estigma y la discriminación en contra de las personas que viven con el VIH, las actitudes patriarcales hacia las mujeres, el paternalismo hacia la gente

joven, la marginación de las personas más vulnerables al VIH, la pobreza persistente, así como la falta de coordinación y colaboración – todo lo cual puede debilitar la salud sexual y reproductiva y el ejercicio de los derechos humanos.

La importancia vital de involucrar a las personas que viven con el VIH sustenta cada una de las recomendaciones en este Paquete de Orientación. Las personas que viven con el VIH deben ser consultadas al diseñar políticas y programas relevantes: Ellas conocen sus propias necesidades, aspiraciones y deseos relacionados con la salud sexual y reproductiva; pueden expresar, con base en su propia experiencia, dónde y cómo las estructuras existentes han fracasado en la satisfacción de esas necesidades; y su participación activa puede significar un avance en la salud y derechos sexuales y reproductivos en tanto tiende a disminuir el estigma y a empoderar a las personas VIH-positivas para que busquen el apoyo que necesitan.

Este Paquete de Orientación, desarrollado por personas que viven con el VIH, describe los aspectos importantes y las áreas claves para el cambio. Para seguir avanzando, las y los legisladores, ministros de gobierno, organizaciones internacionales, donantes y las organizaciones comunitarias, así como las basadas en la fe, con la permanente contribución y orientación de las personas que viven con el VIH, tienen que trabajar juntas para poner en operación los servicios y apoyos legales que construirán una mejor salud sexual y reproductiva para todos.



1

INTRODUCCIÓN Y RECOMENDACIONES

Se estima que 33 millones de personas están viviendo con el VIH. Cada vez un mayor número de ellas están teniendo acceso al tratamiento antirretroviral, extendiendo con ello sus vidas y su productividad. Una parte importante de sus vidas, como lo es para cualquier ser humano, es su sexualidad y reproducción. Como cualquier otra persona, estas personas tienen derecho a una sexualidad satisfactoria, segura y saludable y a la salud reproductiva. Este Paquete de Orientación tiene el propósito de ayudar a cualquier persona interesada en la salud pública y los derechos humanos – ya sea profesional de la salud, encargada de formular políticas o activista – a comprender mejor el *porqué* y el *cómo* satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH. El Paquete muestra que una mayor atención a los derechos humanos es de importancia crítica para la salud sexual y reproductiva y el bienestar general de las personas que viven con el VIH, porque hace que sus vidas sean más duraderas, saludables, productivas y satisfactorias. El abordaje de la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos es también esencial para disminuir la propagación de la epidemia mediante la prevención de nuevas infecciones. De todas estas formas las personas, familias y sociedades salen beneficiadas.

Por mucho tiempo, la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH recibieron poca atención. El obtener una prueba positiva de VIH se interpretaba como el fin de la vida sexual de una persona.

En realidad y desde luego, las personas que viven con el VIH siempre han querido – y merecido – tener vidas sexuales saludables y satisfactorias; tener y criar hijos, así como protegerse a sí mismas y a sus parejas de embarazos no deseados y de infecciones de transmisión sexual (ITS), incluido el VIH. No obstante, por mucho tiempo los debates en torno a las políticas han ignorado en gran parte la sexualidad de las personas que viven con el VIH; y los programas – si es que abordaban de alguna forma el sexo y la reproducción – generalmente estaban limitados a ayudar a las mujeres embarazadas a evitar la transmisión del virus a sus hijos.

Sin embargo, varios factores han motivado a la comunidad internacional para que considere la forma de satisfacer esas necesidades de una manera más amplia. En primer lugar, la salud sexual y reproductiva en general ha recibido una mayor atención global en los años posteriores a la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo realizada en 1994 (la “Conferencia de El Cairo”). Muchos activistas han señalado que una mejor salud sexual y reproductiva es esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)¹ acordados por las y los líderes del mundo en el año 2001. En la Cumbre Mundial de la Asamblea General de las Naciones Unidas realizada en 2005, los Estados Miembros de las Naciones Unidas se comprometieron a lograr el acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015, como medio para alcanzar los ODM.² Si bien en estas discusiones no siempre se hace referencia explícita a las personas que viven con el VIH, el nuevo énfasis en la salud sexual y reproductiva tiene influencia en la planificación de programas relacionados con el VIH.

En segundo lugar, desde una perspectiva programática, se ha estado dando una creciente atención a los beneficios de integrar mejor el VIH y la información y servicios de salud sexual y reproductiva mismos que, en muchos casos, han desarrollado infraestructuras paralelas. En ocasiones, estos dos sistemas de salud ofrecen servicios similares o idénticos en sitios diferentes. En otros casos, el estrecho enfoque de cada sistema puede dificultar que cualquiera de los dos satisfaga todas las necesidades de sus clientes – por ejemplo, una clínica de VIH puede no tener la capacidad de proporcionar a las mujeres consejería sobre la gama completa de métodos anticonceptivos, mientras que una clínica de salud reproductiva puede no ofrecer servicios de consejería y prueba voluntaria de VIH. Esto significa que las personas tienen que buscar los servicios en centros de servicios separados, en lugar

de tener acceso a todo lo que necesitan en un solo lugar. Las y los activistas y gerentes de programa ahora están buscando activamente formas de aprovechar sinergias y proporcionar una atención más eficiente y más integral.

En tercer lugar, la más amplia disponibilidad de la terapia antirretroviral a un precio accesible significa que las personas están viviendo vidas con VIH más duraderas y saludables. Conforme crece el número de personas en el mundo que está manejando la infección por VIH como una enfermedad crónica, las y los activistas y profesionales de la salud han comenzado a concentrarse en mejorar la *calidad* de vida con el virus – incluida una mejor salud sexual y reproductiva. Las personas que son VIH-positivas necesitan de programas de prevención para ayudarles a permanecer saludables, evitar las ITS y proteger a sus parejas de la infección por VIH.

Por su parte, las estrategias de prevención positiva representan un cuarto factor en este más sólido intento de impulsar una salud sexual y reproductiva mejorada. Estos programas constituyen un componente crítico de los esfuerzos para alcanzar el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. Es imperativo que las estrategias de prevención positiva sean sensibles a y compatibles con las realidades prácticas que enfrentan las personas que viven con el VIH al tratar de protegerse a sí mismas y a otras personas. Esas estrategias deben proteger a las personas que viven con el VIH de la discriminación y empoderarlas con la información, tratamiento, servicios y suministros, así como con la protección que necesiten, para que puedan evitar la transmisión hacia adelante, lo que incluye la reducción del potencial de infección a través de tratamiento antirretroviral bajo condiciones óptimas³. Las personas que viven con el VIH necesitan actuar como líderes en el desarrollo de tales estrategias.

I. Hacia una mejor comprensión de los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH

La salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH está siendo cada vez más tomada en cuenta en las discusiones entre las personas que formulan las políticas, planifican los programas y las organizaciones de la sociedad

civil, así como en los análisis de políticas que llevan a cabo. La Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/ SIDA (ICW, por sus siglas en inglés) ha conducido una extensa investigación y trabajo de incidencia política para mejorar la salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con el VIH; y, en colaboración con otras organizaciones, ha ofrecido talleres sobre derechos reproductivos en eventos tales como la Conferencia Internacional de SIDA en Toronto en 2006 y en la Cumbre Internacional de las Mujeres, realizada en Nairobi en 2007.

En 2006, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) publicaron directrices sobre salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con el VIH.⁴

También, en 2006, EngenderHealth, UNFPA y la OMS, con los aportes y participación de ICW, Red Global de Personas viviendo con VIH (GNP+) y Young Positives, convocaron a una consulta global en Adís Abeba, sobre los derechos que tienen las personas que viven con el VIH a la salud sexual y reproductiva⁵. En 2007, la revista *Reproductive Health Matters* extrajo información de documentos preparados para la reunión de Adís Abeba, para editar un suplemento especial sobre las necesidades de las personas que viven con el VIH. Todos estos esfuerzos han ayudado a expandir y profundizar en la comprensión sobre estos aspectos. Sin embargo, las y los participantes en la consulta de Adís Abeba estuvieron de acuerdo en que era necesario convocar a discusiones adicionales y que fueran conducidas por las propias personas que viven con el VIH.

Por su parte, en 2007, GNP+, ICW y Young Positives organizaron en Ámsterdam una Consulta Global sobre la Salud o y los Derechos Sexuales y Reproductivos de las Personas que Viven con el VIH. Esta Consulta reunió a 65 representantes de organizaciones de personas que viven con el VIH, provenientes de diferentes partes del mundo, así como a personas y organizaciones aliadas que se ocupan de la investigación, análisis de políticas, incidencia política y educación de las personas VIH-positivas. La Consulta Global tuvo varias metas:

- Fortalecer la capacidad de las personas que viven con el VIH y de sus organizaciones y redes, para que participen plenamente en el diseño de políticas y programas;

- Articular una declaración de posición de gran alcance sobre la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH;
- Destacar las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de grupos claves;
- Poner énfasis en las dimensiones de género de la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH y en los temas relacionados de violencia y pobreza; e
- Identificar una agenda concreta para el debate, investigación y acción posteriores.

En preparación para la Consulta, los organizadores encargaron la realización de documentos de antecedentes sobre tres áreas en las que se tiene que avanzar para asegurar la salud y los derechos sexuales y reproductivos para las personas que viven con el VIH: sistemas de salud, leyes y políticas e incidencia política. Las y los participantes revisaron y dialogaron en torno a estos documentos, pero la discusión también aprovechó las experiencias de las propias personas participantes, tanto como personas individuales como en su rol de activistas. Las y los participantes se organizaron en diferentes grupos de trabajo temáticos, mismos que se concentraron los siguientes temas: mujeres, hombres, grupos vulnerables (incluidas las personas dedicadas al trabajo sexual, usuarias o consumidoras de drogas inyectables y personas transgénero) y jóvenes, con el fin de asegurar que las preocupaciones sobre la salud sexual y reproductiva fueron enfocadas desde diferentes perspectivas.

Al concluir la Consulta, las y los participantes reafirmaron su visión en el sentido de que la protección de la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH tiene que ser una responsabilidad colectiva, compartida por los gobiernos, las organizaciones internacionales y regionales, los donantes, las personas que prestan los servicios, las organizaciones no gubernamentales, basadas en la comunidad y basadas en la fe, así como por las propias personas que viven con el VIH. También presentaron una lista de 39 recomendaciones enfocadas específicamente en el involucramiento e inclusión de las personas que viven con el VIH; en temas de estigma y discriminación; en temas prioritarios de investigación; así como en las responsabilidades y decisiones. Después de la Consulta, estas recomendaciones fueron revisadas y refinadas en consulta con los grupos de personas atendidas por cada organización participante.

A pesar del creciente nivel de conciencia acerca de la forma en que la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH constituye un factor esencial para asegurar tanto los derechos humanos como la salud pública, es evidente que las políticas y programas efectivos y de amplia cobertura siguen siendo escasos. Mejorar esta situación requerirá de un enfoque de múltiples vías que tome en cuenta los aspectos de género, violencia, pobreza, estigma y discriminación, así como los suministros y servicios necesarios para la atención a la salud. Esto tendrá que ocurrir en ambientes culturales en donde hablar sobre sexo es tabú y las personas de todas las edades tienen dificultad para obtener la información y consejería que necesitan para tomar decisiones informadas acerca de su sexualidad y fecundidad. Y tendrá que encontrar formas de proporcionar información y servicios a grupos marginados, mismos que incluyen a las personas dedicadas al trabajo sexual, usuarias de drogas inyectables, prisioneras, migrantes, refugiadas y miembros de comunidades de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales.



Este Paquete de Orientación pretende tomar en cuenta todos estos complejos elementos, a la vez que hace avanzar este campo de la conversación a la acción. Trabajando juntos, con la ayuda de este Paquete de Orientación, las personas en todo el mundo, con diferentes roles, antecedentes y perspectivas, podemos fomentar la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos, así como ayudar con ello a las personas que viven con el VIH para que tengan vidas mejores, más seguras y más saludables. Tanto los imperativos de salud pública como los de derechos humanos exigen que demos avances en este sentido.

II. Revisión general del Paquete de Orientación

Este Paquete de Orientación consolida los puntos principales de los tres documentos de antecedentes preparados

con anticipación a la Consulta en una sola guía con recomendaciones claras y concisas para las y los profesionales de la salud, gerentes de programas, encargados de formular políticas, donantes y activistas. Si bien el Paquete está sustentado en los resultados de la Consulta Global, no debe leerse como si fuera un resumen de los hallazgos y recomendaciones de la Consulta. (Esta información ha sido publicada en otras partes ⁶ y será la base para una Agenda de Incidencia Política a ser implementada por las propias redes y organizaciones de personas que viven con el VIH). El Paquete de Orientación refleja un proceso exhaustivo de investigación y análisis, de dos años de duración, conducido por GNP+, ICW y Young Positives, en colaboración con EngenderHealth, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), ONUSIDA, UNFPA y OMS, con los aportes de redes de personas VIH-positivas de todo el mundo. El documento explica lo que las partes interesadas a nivel global pueden hacer en las áreas de salud, políticas e incidencia política, con el objeto de apoyar e impulsar la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH; y, también aclara por qué esto es importante.

El *Capítulo Dos* de este Paquete se concentra en los sistemas de salud, los cuales – especialmente en los países de bajos ingresos – son actualmente inadecuados para responder a las necesidades de sus poblaciones. El apoyo para la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH requiere de un conjunto específico de servicios, que incluye diagnóstico, manejo y tratamiento del VIH y de otras infecciones de transmisión sexual; educación e información sexual; apoyo psicosocial para sobrellevar el hecho de vivir con el VIH; planificación familiar; aborto seguro y/o la atención post aborto; servicios para apoyar la concepción; servicios prenatales, de parto y postnatales; diagnóstico y tratamiento del cáncer; servicios para responder a la violencia de género y la violencia basada en la sexualidad; consejería y tratamiento para responder a la disfunción sexual; así como información, servicios, suministros y apoyo social para la prevención del VIH.

El *Capítulo Tres* aborda el campo de las políticas y los aspectos legales. En este sentido, la necesidad más básica es de leyes que prohíban la discriminación en contra de las personas que viven con el VIH; que esas leyes sean conocidas y aplicadas; y que las personas que viven con el VIH puedan tener acceso al apoyo legal que sea necesario. Las leyes protectoras basadas en estándares reconocidos de derechos humanos pueden

ayudar a que las personas que viven con el VIH obtengan atención a su salud sexual y reproductiva, así como empleo, educación, seguro de salud, ayuda legal, vivienda, tratamiento y otros derechos sociales. Los gobiernos pueden también desarrollar e implementar marcos y directrices nacionales que explícitamente protejan la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH. Finalmente, numerosas leyes y políticas específicas, como aquellas relacionadas con la consejería y pruebas de VIH, requerimientos de residencia para obtener los servicios de salud, la penalización de la transmisión del VIH o la prohibición de las relaciones sexuales consensuales entre personas adultas del mismo sexo, pueden afectar directamente la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH. Al reformar esas leyes, los gobiernos pueden dar grandes pasos para posibilitar que las personas que viven con el VIH obtengan la información y los servicios que necesitan para proteger su propia salud y la salud de otras personas.

El *Capítulo Cuatro* examina las oportunidades y retos en materia de incidencia política. Las y los activistas tienen que continuar ejerciendo presión a favor de una mayor atención y compromiso político para la salud sexual y reproductiva, con el fin de combatir el VIH. Sin embargo, también tienen que enfrentar – y luchar contra – una gran cantidad de otras barreras sociales y económicas, que incluyen el estigma y discriminación, desigualdad de género, violencia, marginación social y pobreza. Las organizaciones que trabajan en incidencia política necesitan hacerlo tanto interna como externamente, para superar estas barreras y lograr una agenda completa e incluyente. El capítulo también sugiere un conjunto de herramientas y enfoques que la comunidad activista puede usar para fortalecer su voz y que incluyen herramientas educativas y de capacitación, evidencia derivada de la investigación, herramientas existentes y nuevas para el monitoreo y fortalecimiento de alianzas.

Finalmente, el Paquete de Orientación incluye un *Apéndice* con información sobre recursos y herramientas útiles relacionadas con la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH.

Los sistemas de salud, los sistemas legales y las actividades de incidencia política están entrelazados; y, en muchos casos, se requerirá actuar en los tres frentes para lograr cambios efectivos. Por ejemplo, para procurar que las pruebas de

VIH fomenten (en vez de que obstaculicen) la salud sexual y reproductiva, se requerirá capacitación dirigida a las y los trabajadores sanitarios para asegurar la no discriminación, el consentimiento informado y la confidencialidad, así como proporcionar apoyo y consejería permanentes. Esto también requerirá de leyes que prohíban las pruebas obligatorias y la revelación de información, que aseguren la protección de la confidencialidad y la garantía de no discriminación para

quienes elijan revelar su condición de VIH. Adicionalmente, esto requerirá que las y los activistas monitoreen la observancia de dichas políticas y que protesten por los abusos contra los derechos humanos, incluso mediante la utilización de los canales legales disponibles (Ej. tribunales, comisiones de derechos humanos, defensorías del pueblo) para exigir la reparación apropiada de daños.

III. Recomendaciones específicas

En conjunto, los tres capítulos siguientes de este Paquete de Orientación dan soporte a 12 recomendaciones interrelacionadas:

1. Las pruebas de VIH nunca deben ser obligatorias y siempre deben basarse en las “tres C”: ser Confidenciales, estar basadas en el Consentimiento informado y acompañadas de Consejería. Esto es aplicable de igual manera a grupos marginados, mismos que incluyen a personas dedicadas al trabajo sexual, consumidoras de drogas inyectables, prisioneras, migrantes, refugiadas y miembros de comunidades de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales.
2. Es necesario fortalecer los sistemas para la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para poder responder a la creciente demanda de esos servicios, *al mismo tiempo* que los servicios de pruebas de VIH se amplían para asegurar que dichas pruebas tengan como resultado referencias a programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. En particular, no debe someterse a las mujeres embarazadas a las pruebas solamente para prevenir la transmisión de madre a hijo; sino que también debe ofrecerse a esas mujeres los servicios de prevención, tratamiento y atención para el cuidado de su propia salud.
3. Las leyes nacionales deben ser reformadas y puestas en práctica para lograr que:
 - Las leyes antidiscriminatorias prohíban explícitamente la discriminación basada en la orientación sexual, la identidad de género y la condición de VIH;
 - El sexo anal, el trabajo sexual, las relaciones entre personas del mismo sexo y las relaciones transgénero sean despenalizadas;
 - La revelación de la condición de VIH no sea requerida por ley si una persona está practicando el sexo más seguro, si su condición de VIH es conocida de otra forma, o si hay un temor bien fundado de daño por parte de la otra persona si la condición es revelada;
 - La transmisión del VIH no se considere un crimen excepto en los raros casos en que haya evidencia más allá de toda duda razonable de que una persona trató deliberadamente de infectar a otra; y, en realidad, lo hizo;
 - La condición de VIH por sí sola no afecte el derecho de la persona a contraer matrimonio o formar una familia, que no sea argumento para divorcio y que no sea relevante en decisiones relacionadas con la custodia de los hijos;
 - La gente joven tenga derecho a la confidencialidad y no necesite permiso de sus padres para obtener información apropiada para su edad y atención a su salud sexual y reproductiva, aún si están por debajo de la mayoría de edad;
 - Los derechos de las mujeres a la propiedad estén garantizados y sean protegidos, especialmente después de un divorcio, abandono o la muerte del cónyuge;
 - La violencia sexual, incluidos el incesto, el matrimonio forzado o temprano, el asalto sexual o violación (incluidos en el contexto del trabajo sexual o en el matrimonio) sean reconocidos y perseguidos como crímenes;
 - Las personas usuarias de drogas inyectables reciban tratamiento, incluida la terapia de sustitución de

- opioides y los programas de reducción de daños, como alternativas para el encarcelamiento; y
- Las personas transgénero sean reconocidas legalmente y que se implementen procedimientos claros para el cambio de nombre y sexo en los documentos oficiales.
4. Todas las personas que viven con el VIH – incluidas las que son miembros de grupos marginados, como las y los trabajadores del sexo, usuarios de drogas inyectables, prisioneros, refugiados y miembros de comunidades de personas lesbianas, gay, bisexuales, transgénero e intersexuales – deben tener acceso a una gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva, lo que incluye:
 - Todas las opciones de anticoncepción disponibles y ayuda con la doble protección, sin coerción hacia método alguno;
 - Consejería y apoyo para la prevención positiva y la revelación voluntaria;
 - Acceso al aborto seguro (en donde sea legal) y a la atención post aborto;
 - Consejería y apoyo sobre formas seguras de embarazarse;
 - Consejería y apoyo práctico para la alimentación infantil, ya sea mediante amamantamiento o de la alimentación de reemplazo;
 - Diagnóstico y tratamiento de ITS;
 - Prevención y atención del cáncer;
 - Consejería relacionada con la violencia;
 - Tratamiento de la disfunción sexual; y
 - Circuncisión masculina para hombres que viven con el VIH en caso de que, estando plenamente informados, deseen someterse al procedimiento.
 5. Las y los trabajadores sanitarios deben recibir capacitación en materia de derechos humanos y disposiciones precautorias universales, así como capacitación específica en servicios de salud sexual y reproductiva para personas que viven con el VIH, lo que incluye habilidades técnicas para la reducción del estigma. Las personas que viven con el VIH deben participar en estos programas en calidad de capacitadoras.
 6. Las y los prestadores de servicios de salud y activistas deben apoyar una vinculación más estrecha entre los servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH, con los servicios integrales de salud sexual y reproductiva; la terapia de sustitución de drogas; los servicios de salud mental y psicosocial; y las iniciativas en contra de la discriminación y la violencia.
 7. Los grupos activistas deben lograr el desarrollo de centros y programas especiales para proporcionar información y servicios a las poblaciones de difícil acceso.
 8. Los gobiernos, las agencias internacionales y las ONG, en colaboración con las organizaciones de personas jóvenes que viven con el VIH, deben desarrollar pautas específicas para proporcionar consejería, apoyo y atención a las personas que nacen con el VIH, conforme pasan por las etapas de la adolescencia y la vida adulta.
 9. Los gobiernos, agencias internacionales y ONG deben investigar y monitorear más a fondo la salud sexual y reproductiva de personas que viven con el VIH, incluidos los datos desagregados por género, edad, estado civil, ubicación geográfica y orientación sexual. Estas investigaciones deben ser conducidas con los aportes y supervisión de las personas que viven con el VIH.
 10. Los gobiernos, agencias internacionales y ONG deben establecer y monitorear metas concretas para involucrar a las personas que viven con el VIH en todas las actividades relevantes, incluidos los programas de prevención positiva.
 11. Los gobiernos, agencias internacionales y ONG deben apoyar programas de generación de ingresos. Esto incluye el empleo directo de personas que viven con el VIH y el pago por su trabajo.
 12. Las personas y organizaciones activistas deben asegurarse de que los programas para reforzar la participación de las personas que viven con el VIH también ayuden a fortalecer las habilidades necesarias. En particular, debe proporcionarse a las mujeres y la gente joven educación sobre “conoce tus derechos/leyes” y capacitación en incidencia política.

2

CREACIÓN DE UN SISTEMA DE SALUD SOLIDARIO

Muchas enfermedades y muertes en el mundo ocurren debido a la falta de servicios relacionados tanto con el VIH y SIDA, como con la salud reproductiva. Los sistemas de salud en todo el mundo están enfrentando retos de enorme magnitud que pueden dificultar la prestación incluso de los servicios más básicos a sus poblaciones. No obstante, hacer cambios para atender las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH, podría también hacer una contribución importante hacia la resolución de esos retos fundamentales, a través del mejoramiento de la salud pública en general.

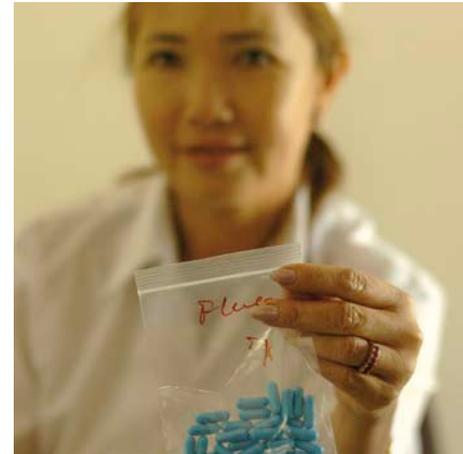
El término “sistemas de salud” describe a todas las organizaciones, instituciones y recursos que una sociedad dedica a mejorar, mantener o restablecer la salud. Esto incluye al personal, fondos, información, suministros, transporte y comunicaciones. Los sistemas de salud abarcan clínicas e intervenciones de salud específicas, así como la infraestructura más amplia que las apoya. Para asegurar que la gente pueda recibir la atención que necesita, es esencial contar con sistemas de salud robustos.

Muchos países de bajos ingresos tienen sistemas de salud débiles simplemente porque no se invierte suficientes recursos – financieros y humanos – en este sector. Además de estos recursos, un sistema de salud sólido depende de una estructura de políticas y reglamentaciones que

aseguren que los recursos son utilizados de manera efectiva y equitativa. Esta estructura incluye, por ejemplo, programas de referencia y la integración de servicios relacionados; listas de medicamentos y suministros esenciales; políticas de no discriminación y mecanismos de queja/recurso legal; programas de capacitación para prestadores de servicios de salud, incluyendo temas como el consentimiento informado y la confidencialidad; mecanismos para llevar los servicios de salud a grupos marginados que, con frecuencia, son de difícil acceso; apoyo y regulación de prestadores de servicios de salud privados, religiosos o tradicionales; y la investigación y monitoreo de los resultados de salud.

Dentro del amplio marco de los sistemas de salud, el apoyo para la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH implica la existencia de un paquete de servicios específicos. Algunos de estos servicios son impulsados por las necesidades que las personas que viven con el VIH tienen en común con sus contrapartes VIH-negativas, como son los condones para prevenir la transmisión del VIH y otras ITS. Las personas que viven con el VIH pueden también necesitar servicios adicionales, como los que están dirigidos a prevenir la transmisión del virus de padres a hijos. En general, los servicios de salud que apoyan a las personas que viven con el VIH para que logren y mantengan su salud sexual y reproductiva incluyen el diagnóstico, manejo y tratamiento del VIH y de las ITS; educación e información sexual, apoyo psicosocial para sobrellevar el hecho de vivir con el VIH; planificación familiar; servicios de aborto seguro en los casos en que no esté en contra de la ley y atención post aborto; servicios para apoyar la concepción; servicios prenatales, de parto y postnatales; servicios de parto seguro; diagnóstico y tratamiento del cáncer; servicios para responder a la violencia de género y la violencia basada en la sexualidad; consejería y tratamiento para responder a la disfunción sexual; y la prevención del VIH.

Las personas que viven con el VIH tienen derecho a recibir servicios accesibles, cuyo precio puedan pagar y que sean



RECOMENDACIONES PARA LOS SISTEMAS DE SALUD

- Los gobiernos donantes deben aumentar el financiamiento para eliminar los déficits existentes, combinando presupuesto de apoyo general con proyectos específicos dirigidos a áreas políticamente sensibles.
- Los gobiernos deben proveer fondos para la atención a la salud a través de financiamiento público o programas de seguros, en lugar de aplicar cuotas de cobro a usuarios.
- Los servicios de salud deben crear, a través de la integración o referencias, un continuo integral de atención, desde la juventud a la adultez y a la vejez, que vincule la prevención, atención y tratamiento del VIH, los servicios integrales de salud sexual y reproductiva, la terapia de sustitución de drogas, los servicios psicosociales y legales, así como las iniciativas anti violencia. Los sistemas de salud deben tener vínculos formales con los sistemas comunitarios por los que y a través de los cuales se monitorea los resultados para asegurar que esos resultados sean positivos y para asegurar las referencias a otros sistemas de apoyo, por ejemplo en las esferas social o legal.
- Las listas de medicamentos esenciales deben revisarse con regularidad, para asegurar que incluyan suministros de salud sexual y reproductiva.
- Debe establecerse sistemas de registro de pacientes (algunas veces conocidos como “sistemas de manejo de casos”) para asegurar que las personas que se hagan la prueba sean referidas y puedan tener acceso a tratamiento, atención y apoyo en caso necesario.
- Los gobiernos y agencias internacionales donantes deben ayudar a capacitar y apoyar a las y los trabajadores sanitarios en los países en desarrollo.
- Las y los trabajadores de salud deben recibir capacitación en materia de derechos humanos y disposiciones universales, así como capacitación específica en atención a la salud sexual y reproductiva para las personas que viven con el VIH, incluidas las habilidades técnicas, confidencialidad, consentimiento informado, no discriminación, igualdad de género y reducción de estigma. Las personas que viven con el VIH deben participar en estos programas como capacitadoras.
- Las y los farmacéuticos, parteros tradicionales, curanderos y otros prestadores de servicios en el sector salud informal deben recibir educación y apoyo en respuesta a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH.
- Las y los activistas deben asegurarse de que se desarrolle centros y programas especiales para proporcionar información y servicios a poblaciones de difícil acceso.
- La consejería y pruebas de VIH voluntarias y confidenciales deben estar disponibles para todas las personas, incluidas las migrantes, prisioneras y otros grupos marginados.
- Las mujeres embarazadas que estén haciéndose la prueba deben recibir servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo, además de los programas para prevenir la transmisión de padres a hijos.
- Los sistemas para la prevención, tratamiento, atención y apoyos relacionados con el VIH tienen que fortalecerse para poder responder a la creciente demanda, al mismo tiempo que los servicios de pruebas de VIH se amplían para asegurar que dichas pruebas – basadas en las “tres C” – tengan como resultado referencias a programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH
- Todas las personas que viven con el VIH – incluidas las que son miembros de grupos marginados, como las personas que se dedican al trabajo sexual, las consumidoras de drogas inyectables, prisioneras, refugiadas y miembros de comunidades de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales – deben tener acceso a una gama completa de servicios de salud sexual y reproductiva, lo que incluye:
 - Todas las opciones de anticonceptivos disponibles y ayuda con la doble protección⁷, sin coerción hacia método alguno;
 - Acceso al aborto seguro (en donde sea legal) y a la atención post aborto;
 - Consejería y apoyo sobre formas seguras de embarazarse;
 - Consejería y apoyo práctico para la alimentación infantil, ya sea mediante amamantamiento o a través de la alimentación de reemplazo;
 - Diagnóstico y tratamiento de ITS;
 - Prevención y atención del cáncer;
 - Consejería relacionada con la violencia;
 - Tratamiento de la disfunción sexual; y
 - Circuncisión masculina para hombres que viven con el VIH si, estando plenamente informados, desean someterse al procedimiento.
- Los programas de prevención positiva deben respetar y apoyar los derechos de las personas que viven con el VIH.

apropiados, todo esto con el fin de proteger y mantener su propia salud sexual y reproductiva y la de sus parejas sexuales. Una salud pública mejorada depende de hacer que esos servicios estén disponibles. Este capítulo describe las medidas que es necesario tomar para reformar los sistemas de salud, con el fin de hacer que esto suceda. La primera sección explora algunas de las brechas y barreras actuales dentro de los sistemas de salud, desde un financiamiento inadecuado o ineficiente, hasta la incapacidad de establecer metas de salud y monitorear los resultados. La segunda sección describe los tipos de servicios que deben estar disponibles para satisfacer las necesidades de salud sexual y reproductiva y cumplir con los derechos de las personas que viven con VIH; y, también, proporciona sugerencias sobre cómo deben ser estructurados estos servicios.

I. Aspectos estructurales

Los esfuerzos para responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH se ven dificultados por brechas en las políticas, el financiamiento y la capacitación específicos para la salud sexual y reproductiva, así como por la debilidad general de los sistemas de salud. Mejorar la infraestructura de atención a la salud es un factor crítico para alcanzar la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH. Para fortalecer los sistemas de salud, tanto los donantes como los gobiernos de los países de bajos ingresos tienen que reformar sus prácticas.

Financiamiento

La mayoría de los gobiernos de países de bajos ingresos dependen de donantes bilaterales y multilaterales para apoyar la atención médica, especialmente la atención para las personas pertenecientes a grupos que viven en condiciones de pobreza y marginación. Durante la última década, el apoyo financiero internacional para los servicios de salud sexual y reproductiva ha crecido, en parte debido a un aumento en el financiamiento para las intervenciones de VIH y SIDA. No obstante, las Naciones Unidas estiman, que sólo en 2007, el mundo aportó \$8 mil millones de dólares menos de los que eran necesarios en fondos para proporcionar acceso universal a servicios integrales de VIH y SIDA.⁸

Para apoyar mejor la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH, **los donantes deben aumentar los montos totales de sus financiamientos y hacer que sea más**

fácil para los gobiernos receptores la prestación de servicios completos e integrados. Gran parte del financiamiento para VIH y SIDA se canaliza a través de mecanismos específicos para responder a la enfermedad, como el Fondo Mundial de Lucha Contra el SIDA (Fondo Mundial), la Tuberculosis y la Malaria o el Plan de Emergencia del Presidente de los EE.UU. para Aliviar el SIDA (PEPFAR)⁹. Ninguno de estos mecanismos tiene actualmente un enfoque específico en la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH; mientras que el PEPFAR excluye, específicamente, el financiamiento para algunos servicios de salud reproductiva, como los anticonceptivos.¹⁰

Algunos donantes bilaterales han comenzado a usar Enfoques Sectoriales (SWAP) y las Estrategias para la Reducción de la Pobreza (ERP), los cuales canalizan fondos a través de mecanismos de apoyo al presupuesto general, con el propósito de fortalecer los sistemas de salud. También, el Fondo Mundial está prestando una creciente atención a su rol en el fortalecimiento del sistema de salud¹¹. Este enfoque elimina la necesidad de mecanismos separados de planificación y presentación de informes para cada proyecto apoyado por donantes y debe permitir que los países receptores dediquen una mayor proporción de recursos a la atención a la salud en vez de dedicarlos a la presentación de informes a donantes. Sin embargo, debido a que estos fondos no están vinculados específicamente a la prestación de algún paquete de servicios en particular, será importante monitorear la prestación de servicios para asegurar que las preocupaciones en materia de salud sexual y reproductiva, particularmente aquellas relacionadas con las personas que viven con el VIH, no sean ignoradas. **En la medida de lo posible, debe proporcionarse apoyo a las redes de personas que viven con el VIH,** que son las que pueden desempeñar esta función supervisora y, en general, ayudar a que asegure el aporte continuado de la sociedad civil en las prioridades de gasto y programación gubernamental.

Otro apoyo bilateral se ha canalizado específicamente para proyectos, algunas veces financiando programas políticamente sensibles como el trabajo con hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, con personas dedicadas al trabajo sexual, o con personas que consumen drogas. Aunque el apoyo específico a proyectos puede complicar la planificación y presentación de informes a nivel nacional, puede también continuar siendo un mecanismo útil

para financiar los servicios de salud sexual y reproductiva para ciertos grupos de personas que viven con el VIH, quienes no son bien atendidas por los programas de VIH convencionales o por el sistema de salud en general.

Muchos gobiernos también financian los sistemas de salud mediante el cobro de cuotas a usuarios por los servicios recibidos. Eso puede conducir a que algunas personas, particularmente las que viven en condiciones de pobreza, eviten la atención o la pospongan hasta que llegan a etapas más avanzadas de la enfermedad. Las cuotas cobradas a usuarios pueden ser un grave problema para las personas que viven con el VIH, especialmente si no pueden trabajar debido a la enfermedad o a la discriminación. Las desigualdades de género hacen que las cuotas cobradas a usuarios sean especialmente problemáticas para las mujeres, quienes pueden carecer de recursos propios y pueden tener que buscar fondos de algún familiar masculino. **La cobertura de los costos financieros de los servicios de salud a través del financiamiento público o programas de seguros, es una mejor forma en que los gobiernos pueden apoyar a grupos en desventaja y fomentar la salud pública.**

Vinculación de los servicios

En la actualidad, con cierta frecuencia los servicios de salud sexual y reproductiva y los servicios de VIH son prestados a través de estructuras separadas y paralelas. En muchos lugares, la Oficina del Presidente o Primer Ministro maneja fondos para el VIH, mientras que el financiamiento para la salud sexual y reproductiva se canaliza a través del Ministerio de Salud o el Ministerio de Finanzas. De esta forma, instituciones separadas abastecen los suministros, desarrollan los marcos regulatorios, las listas de medicamentos, los manuales de capacitación y las directrices técnicas; así mismo, establecen mecanismos de monitoreo y evaluación, con poca consulta interdepartamental.

Una forma de asegurar que las personas que viven con el VIH tengan un acceso adecuado a la atención en salud sexual y reproductiva es justamente vincular o integrar los servicios. Esto podría significar que la clientela obtenga servicios de salud sexual y reproductiva y de VIH en un mismo sitio; o, simplemente, que las y los trabajadores sanitarios tengan los conocimientos y habilidades para proporcionar un paquete básico de servicios apropiado y referir a sus pacientes para otros servicios necesarios que no sean provistos en ese sitio.

Puede ser necesario el establecimiento de nuevos organismos coordinadores y enfoques para garantizar la atención a la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH. La participación de “defensores dobles” en agencias nacionales puede ayudar a construir apoyo y sentido de propiedad para el trabajo en esta área. Por ejemplo, el asesor presidencial en Ghana en materia de VIH y SIDA, es un experto en salud sexual y reproductiva; y el presidente del Comité Nacional de SIDA de Nigeria también tiene formación en salud reproductiva –especialización que puede aumentar la apertura para abordar los vínculos entre las dos áreas.

La vinculación de los servicios también significa proveer un proceso continuo de atención para pacientes a lo largo de su vida, desde el nacimiento y a través de la niñez, la adolescencia, la vida adulta y la vejez. Esto es particularmente importante para las personas nacidas VIH-positivas. En el contexto de la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH, la atención integral y continua significa **crear o fortalecer las conexiones entre la atención pediátrica, adolescente y adulta; entre los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH; entre los programas de atención pre y post natal; los programas de sustitución de drogas; así como con los servicios de ITS, anticoncepción, prevención del cáncer y servicios psicosociales** para todos los clientes, incluida la gente joven y miembros de comunidades de personas lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales.

Proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a hombres e involucrarlos en los servicios anticonceptivos, así como en programas para prevenir la transmisión del VIH de padres a hijos, son también consideraciones importantes en la integración de los servicios. Los hombres pueden sentirse incómodos al acudir a clínicas de salud reproductiva, debido a que las mujeres han sido las principales clientas de estos sitios. Puede ser necesario que las y los gerentes de programas consideren la integración en ambas direcciones, incorporando la atención a la salud sexual y reproductiva en los servicios de VIH y viceversa.

Sin una planificación adecuada que garantice la incorporación de los recursos humanos y financieros necesarios, la integración de servicios que previamente se establecieron como instituciones distintas organizadas verticalmente, tiene el riesgo de exigir demasiado a los sistemas de salud en

entornos de recursos limitados. Esta carga puede agravarse en los casos en que la responsabilidad de prestar servicios de salud se ha descentralizado, lo que resulta en la administración paralela de sistemas verticales a través de muchos distritos y localidades. La integración de programas tiene que negociarse e implementarse distrito por distrito. Las y los gerentes locales necesitarán financiamiento y apoyo en capacitación, directrices programáticas y oportunidades para aprender unos de otros si tienen éxito al ampliar el alcance de sus servicios mediante la vinculación o integración de áreas de atención relacionadas.

Suministros y tecnologías

En un sistema de salud que funcione correctamente, los medicamentos y otros productos relacionados con la salud, incluidos los suministros para la salud sexual y reproductiva, están disponibles cuando son necesarios. Para hacer que esto suceda, los gobiernos deben identificar los suministros, comprarlos en cantidades adecuadas y desarrollar sistemas efectivos para asegurar que esos productos cumplan con estándares de calidad y lleguen en buena condición a las clínicas locales a través del país. Es especialmente importante asegurar que esté disponible una variedad completa de suministros de salud sexual y reproductiva, incluidos los lubricantes y los condones masculinos y femeninos, para las personas que viven con el VIH.

Una herramienta importante para hacer que los suministros adecuados estén disponibles es la lista de medicamentos esenciales, la cual ayuda a garantizar que se dedique recursos disponibles a la prevención y tratamiento de las condiciones de salud que afectan principalmente a cada población del país. Sin embargo, con frecuencia esas listas no toman en cuenta los suministros de salud sexual y reproductiva. Por ejemplo, un tercio de los países incluye condones en sus listas.¹² La OMS recomienda que los países **revisen anualmente sus listas de medicamentos esenciales, lo cual proporciona una oportunidad de incluir los suministros y artículos de salud sexual y reproductiva y de VIH y SIDA que sean necesarios.** Para lograr que las listas sean apropiadas y estén completas, los comités que supervisan estas listas deben contar con la representación de especialistas en salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH – preferentemente personas que viven con el VIH ellas mismas.

También es importante que quienes adquieren y recetan suministros sepan que la lista de medicamentos esenciales

existe y comprendan cómo usarla en su trabajo. La capacitación de trabajadores sanitarios debe incluir instrucción sobre las listas de medicamentos esenciales junto con las directrices de tratamiento. Cuando cambien las listas, estos cambios deben comunicarse inmediatamente a las y los trabajadores sanitarios a nivel de clínica y acompañarse con la capacitación pertinente para apoyar las prácticas apropiadas de elaboración de recetas y tratamientos.



Trabajadores sanitarios

La OMS estima un actual déficit a nivel mundial de uno 4.3 millones de trabajadores sanitarios, debido a una combinación de factores que contribuyen a esta situación y que incluyen salarios bajos o nulos y capacitación deficiente, supervisión y condiciones laborales.¹³ Esta severa escasez de personal capacitado dificulta seriamente la expansión de servicios integrales para personas que viven con el VIH.

La OMS recomienda que los donantes dediquen una cuarta parte de todo el nuevo financiamiento para capacitar y mantener la fuerza laboral del sector salud. Los donantes pueden ayudar a construir una base de trabajadores sanitarios al proporcionar **apoyo financiero y asistencia técnica para las instituciones de capacitación en salud en países que enfrentan una grave escasez de trabajadores sanitarios.** Adicionalmente, dado que una gran parte del problema que los países de bajos ingresos enfrentan con los trabajadores sanitarios es el éxodo de personal capacitado hacia empleos mejor pagados en países de altos ingresos y agencias internacionales, los gobiernos deben **desarrollar y aplicar políticas sobre el reclutamiento ético de trabajadores sanitarios migrantes.**

Una vez capacitados, las y los trabajadores sanitarios también necesitan más recursos y mejores condiciones de trabajo. Es posible que estos trabajadores no puedan ofrecer algunos servicios de salud sexual y reproductiva a personas que viven con el VIH debido a la carencia de suministros básicos de salud. También, la atención puede estar restringida

por la falta de infraestructura. Por ejemplo, es posible que los trabajadores sanitarios no puedan realizar visitas domiciliarias debido a la falta de transporte del hospital, o que no puedan o no quieran proporcionar los servicios porque solamente cuenten con equipo de baja calidad (o no



tengan equipo alguno) o carezcan de servicios de electricidad o agua limpia. Esas frustraciones llevan a algunos trabajadores cualificados a dejar de proporcionar atención a la salud, y, a otros, los limitan a proporcionar servicios con estándares de calidad bajos.

Para responder de manera efectiva a las necesidades sexuales y reproductivas

de las personas que viven con el VIH, las y los trabajadores de salud necesitan conocimientos y habilidades específicas. Muchos prestadores de servicios admiten tener problemas para tratar con personas que viven con el VIH, especialmente con aquellas que reportan comportamiento del mismo sexo, trabajo sexual o uso de drogas inyectables.¹⁴ Las y los trabajadores sanitarios pueden necesitar capacitación y apoyo para sentirse más cómodos al hablar abiertamente de sexualidad, conductas de riesgo y uso de drogas ilícitas, así como ayuda para comprender la importancia crítica de mantener la confidencialidad. Todos los trabajadores de atención a la salud deben recibir capacitación en ética médica y derechos humanos, incluida la no discriminación, el deber de proporcionar tratamiento, la importancia crítica de mantener la confidencialidad y el consentimiento informado. Debe contarse con códigos profesionales de conducta establecidos y aplicados, que explícitamente incluyan referencia a tales estándares, incluidos los que se refieren a las personas que viven con el VIH. También deben ser capacitados en cuanto a las directrices nacionales e internacionales y en los protocolos sobre VIH y salud sexual y reproductiva. El involucrar a las personas que viven con el VIH en dichas capacitaciones ha demostrado ser especialmente efectivo para superar las percepciones erróneas y las actitudes estigmatizantes, así como para proporcionar a las y los trabajadores de salud información completa y exacta sobre las necesidades de sus clientes.¹⁵

Finalmente, las y los propios trabajadores sanitarios necesitan servicios de VIH y de salud sexual y reproductiva. En países con alta prevalencia del VIH, las enfermedades y muertes relacionadas con el VIH tienen un impacto significativo en el tamaño de población de trabajadores sanitarios y en la capacidad de las y los profesionales de la salud para trabajar. Mientras que se podría suponer que las y los trabajadores sanitarios tienen fácil acceso a los servicios, muchos de ellos no buscan ayuda debido al temor de las actitudes y reacciones de colegas y pacientes. La falta de privacidad y confidencialidad aumenta este temor. Para ayudar a proteger su salud, se debe ofrecer a las y los trabajadores sanitarios educación continua en prevención del VIH, consejería y pruebas de VIH, medidas para ayudar a trabajadores sanitarios que viven con el VIH a que continúen trabajando, acceso prioritario a terapia antirretroviral, mejores sistemas para asegurar la confidencialidad de su condición de VIH con respecto tanto a colegas como a pacientes, así como programas de reducción del estigma en el centro de trabajo.¹⁶

Estigma y discriminación relacionados con el VIH

Aunque el riesgo ocupacional de la infección por VIH es bajo, las y los trabajadores sanitarios y el personal pueden mostrar resistencia a proporcionar servicios a personas que viven con el VIH debido al temor a la infección. Algunos trabajadores perciben que procedimientos como la inserción de Dispositivos Intrauterinos (DIU), el examen vaginal, el parto y el examen de ITS ulcerosas puede ser riesgoso, aún con los guantes puestos. Para proteger a las y los trabajadores y darles la seguridad de que pueden proporcionar los servicios de manera segura, es importante ofrecerles información precisa, capacitación en precauciones universales contra la infección y los recursos apropiados.

De manera más amplia, el estigma y la discriminación relacionados con el VIH conducen a las y los trabajadores sanitarios a tratar a las personas que viven con el VIH como si ya no tuvieran remedio o si no merecieran los servicios. Algunas veces niegan la asistencia en el parto a mujeres embarazadas que viven con el VIH; someten a pruebas de VIH sin su consentimiento a las mujeres embarazadas y a personas sospechosas de conductas de riesgo; y, entregan los resultados de las pruebas a miembros de la familia en vez de darlos a las propias personas que viven con el VIH, violan la privacidad y confidencialidad de otras formas, presionan a las mujeres VIH-positivas a someterse a la esterilización o al aborto, o

no informan adecuadamente a las mujeres que viven con el VIH acerca de todas sus opciones relacionadas con el uso de anticonceptivos o la alimentación de infantes.

Como resultado, aún en donde existen servicios de salud sexual y reproductiva para personas que viven con el VIH, el estigma y la discriminación reducen la calidad de estos servicios y desalientan a las personas que viven con el VIH para que los usen. **La capacitación de las y los trabajadores sanitarios debe expandirse para aumentar el nivel de conciencia acerca de la legislación existente, las orientaciones de políticas y los estándares profesionales sobre derechos humanos y atención al paciente, incluidas las que se refieren al deber de proporcionar tratamiento, la no discriminación, el consentimiento informado y la protección de la confidencialidad. Esas capacitaciones deben abordar las actitudes discriminatorias hacia las personas que viven con el VIH; afirmar el derecho de toda persona a una atención integral y de calidad; y proporcionar información precisa sobre la forma en que se transmite el virus para contrarrestar el temor al contacto físico con las y los pacientes. Las personas que viven con el VIH deben participar en estas capacitaciones,** lo que también ayudará a reducir el estigma al permitir a las y los trabajadores sanitarios interactuar personalmente con personas que viven con el VIH. Las personas que viven con el VIH y otros miembros de la comunidad pueden también ser incorporados para asegurar que se cumpla con los estándares profesionales y para que hablen claramente en contra de las violaciones.

Actores no gubernamentales: organizaciones comunitarias y trabajadores sanitarios informales

Fuera del sector salud formal existe un conjunto de organizaciones privadas y personas involucradas en la prestación de servicios de salud; en la evaluación de la calidad y lo apropiado de los servicios de salud pública; y en hacer efectiva la rendición de cuentas del gobierno. En algunos países, las y los trabajadores sanitarios tradicionales proporcionan un volumen significativo de servicios, especialmente en el caso de condiciones de salud afectadas por el estigma, como los embarazos no deseados o las ITS. **Una mejor utilización y remuneración de estos trabajadores sanitarios tradicionales e informales** podrían ayudar a mejorar los servicios para la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH.

Las iniciativas de colaboración entre trabajadores sanitarios tradicionales y formales en materia de prevención del

VIH, educación y consejería, han contribuido a que los prestadores de servicios tradicionales ofrezcan información precisa sobre la forma en que se transmite el VIH; a que apoyen los esfuerzos de prevención mediante la promoción y distribución de condones; y a que capaciten a las personas para reconocer los síntomas de las condiciones relacionadas con el VIH.¹⁷ En particular, las comadronas tradicionales pueden ayudar a implementar las intervenciones de VIH con mujeres embarazadas. En Kenia, por ejemplo, las comadronas tradicionales están siendo capacitadas en la promoción de terapias para prevenir la transmisión del VIH de padres a hijos, en el reconocimiento de las complicaciones de alto riesgo en el embarazo en mujeres con el VIH y en el acompañamiento de las mujeres con complicaciones a las clínicas para recibir tratamiento.¹⁸ De manera similar, las y los trabajadores farmacéuticos deben ser capacitados para reconocer los síntomas de ITS y proporcionar consejería y referencias apropiadas, así como tratamiento.

Los grupos comunitarios y los grupos basados en la fe proporcionan una gran cantidad de servicios médicos. Aproximadamente una de cada cinco organizaciones que conducen programas de SIDA están basadas en la fe.¹⁹ El trabajo a nivel comunitario también es esencial para abordar la discriminación, la pobreza, el analfabetismo, la desigualdad de género y la falta de información sobre la salud; todo lo cual dificulta la capacidad del sector salud para responder a las necesidades de salud reproductiva de las personas que viven con el VIH. Los gobiernos y donantes deben reconocer y apoyar el rol tan importante que desempeñan estos grupos en las familias y las comunidades, respecto a la salud, los sistemas de salud y otros aspectos relacionados.

Finalmente, las personas que viven con el VIH proporcionan una importante cantidad de atención, educación y consejería a sus pares. Este trabajo debe ser reconocido y remunerado. Los grupos y redes de personas VIH-positivas requieren de financiamiento adecuado, así como de capacitación en salud sexual y reproductiva en relación con los servicios que proporcionan y las actividades de incidencia política que desempeñan. Es también vital que estos grupos sean apoyados para que tengan acceso a terapia antirretroviral y tratamiento de infecciones oportunistas, no solamente por la salud de sus miembros, sino para permitirles continuar apoyando al sistema de salud y a la comunidad en general.

Acceso a poblaciones marginadas

Es improbable que ciertos grupos de personas que viven con el VIH sean atendidos por los servicios que ofrecen las clínicas y hospitales tradicionales. Algunas personas – incluidas las y los trabajadores del sexo, migrantes, gente joven, usuarios de drogas, prisioneros, refugiados, hombres



que mantienen relaciones sexuales con hombres y las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgéneros e intersexuales – pueden evitar los servicios por temor a la discriminación o incluso a ser procesadas judicialmente, o pueden ser incapaces físicamente de tener acceso a los servicios. Para llevar los servicios de salud reproductiva y de pruebas, tratamiento,

atención y apoyo relacionados con el VIH a estos grupos marginados y sujetos de penalización, los sistemas de salud pueden necesitar **establecer centros especiales y organizar actividades de alcance comunitario**. Involucrar a estas comunidades en el diseño y monitoreo de programas es la mejor forma de asegurar que los servicios sean apropiados, acogedores y efectivos.

Monitoreo y evaluación

Las personas encargadas de formular las políticas y los funcionarios de programas con frecuencia carecen de datos. La información básica sobre el comportamiento sexual y la información demográfica sobre muchos grupos marginados puede no estar disponible. Esto dificulta la localización y prestación de servicios para estos grupos, o la determinación del grado en que están siendo servidos o permanecen desatendidos. Se requiere de mejores datos para orientar las políticas y programas, tanto en términos de números de personas que necesitan y que reciben los servicios, así como la calidad y efectividad de los servicios que estén siendo provistos. Los gobiernos nacionales tienen también que establecer formas de monitorear el alcance y efectividad de sus políticas y programas que están establecidos para responder a las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH.

El poder determinar lo que constituye los “datos correctos” requiere de la aportación y participación activa de las personas más afectadas por la epidemia. Los indicadores existentes que son utilizados por muchos programas de VIH a nivel nacional ponen énfasis en la amplitud de cobertura más que en si los programas están previniendo y tratando el VIH de manera efectiva o si están mejorando vidas a través de los servicios de atención y apoyo. Pocos son los programas de VIH que consideran a la salud sexual y reproductiva (fuera del uso del condón y del número de sitios que proporcionan servicios de prevención de la transmisión de padres a hijos) como medida de éxito; y, a la fecha, no hay un conjunto de indicadores acordados universalmente para monitorear y evaluar la atención a la salud sexual y reproductiva para personas que viven con el VIH, ni sistemas que apoyen y evalúen la continuidad de la atención (Ej. vínculos entre la consejería y pruebas de VIH y otros servicios relacionados con el VIH y la salud sexual y reproductiva). A la luz de la dificultad e intensidad de recursos que requieren la recolección y el análisis de datos, puede no ser productivo exigir nuevos indicadores. En lugar de ello, se puede mejorar los indicadores existentes, como los establecidos para monitorear el acceso universal a la prevención, tratamiento y atención integral para el VIH y SIDA para 2010, los Objetivos de Desarrollo del Milenio, y el avance de los proyectos del Fondo Mundial y los financiados bilateralmente, mediante una mayor desagregación por sexo, edad, condición de VIH y afiliación con algún grupo específico de población clave para medir mejor – y con ello posibilitar la atención de – la salud sexual y reproductiva de todas las personas que viven con el VIH. Tales esfuerzos deben estar acompañados del monitoreo por parte de la comunidad de la disponibilidad, accesibilidad (incluida la no discriminación), aceptabilidad y calidad de los programas y servicios.²⁰

II. Servicios Clínicos

Las personas que viven con el VIH necesitan servicios clínicos específicos. Estos servicios deben reconocer la diversidad de las necesidades que tienen las personas que viven con el VIH, que incluyen a la gente joven, a personas que consumen drogas, a hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, a gente mayor, así como a personas en prisión, refugiadas, migrantes, desplazadas internas y trabajadoras del sexo. Las mujeres también tienen necesidades que no

comparten con los hombres. Adicionalmente, el género influye en todas estas poblaciones y tiene que ser tomado en cuenta: las mujeres prisioneras, migrantes y trabajadoras del sexo, por ejemplo, tienen experiencias y prioridades diferentes a las de sus contrapartes masculinos. Mejorar la disponibilidad y calidad de los servicios para cada uno de estos grupos promete mejorar la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH así como la de quienes son VIH-negativas.

Consejería y pruebas de VIH

El hecho de conocer la propia condición de VIH – acompañado de consejería y apoyo apropiados – ayuda a las personas a protegerse a sí mismas y a otras de las ITS; a concebir y dar a luz de manera segura; y a obtener tratamiento y atención adecuados. En la actualidad, sin embargo, la gran mayoría de personas con VIH no conocen su condición de VIH. **Es necesario expandir las pruebas de VIH, pero prestando cuidadosa atención a que sean voluntarias, confidenciales y que estén acompañadas por consejería de calidad.** Antes de hacerse una prueba de VIH, las y los clientes necesitan información sobre el tratamiento, atención y apoyo, así como ayuda para prepararse ante un posible diagnóstico positivo.

Los sistemas de salud ofrecen consejería y pruebas voluntarias de VIH bajo diferentes modelos en una variedad de entornos. Un modelo es la consejería y prueba voluntaria (CPV), la cual tiene una ventaja significativa en que es probable que sea voluntaria porque la o el cliente inicia la prueba. La gente joven y los hombres pueden preferir las pruebas en clínicas dedicadas a la CPV, mientras que algunos adultos, especialmente mujeres, pueden encontrar más conveniente obtener la CPV dentro de las mismas instalaciones médicas que ya utilizan para otros servicios. La CPV también puede estar disponible en el hogar. Mientras que esto puede expandir el acceso a las pruebas, también existe la preocupación de que miembros de la familia con mayor poder puedan forzar a otros a hacerse la prueba. **La CPV basada en el hogar, como la que se ofrece en las instituciones de salud, siempre debe ser acompañada de consejería, de tal forma que quienes resulten positivos sean apoyados para comprender los resultados y tener acceso a los servicios de atención, tratamiento y apoyo.**

Las y los prestadores de servicios de salud pueden también recomendar las pruebas a sus clientes como un componente estándar de la atención médica.²¹ La consejería y pruebas

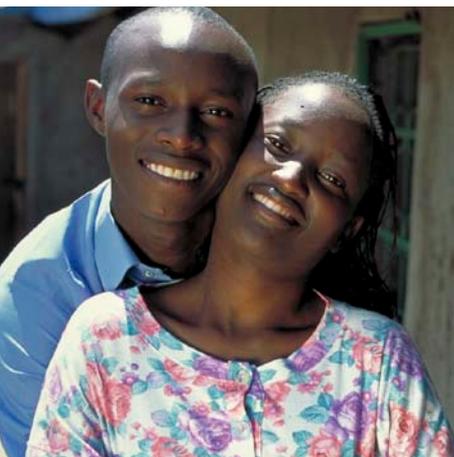
iniciadas por los prestadores de servicios pueden ocurrir ya sea con “opción de inclusión”, en la que para recibir la prueba los clientes tienen que aceptarla explícitamente después de haber recibido la información relevante; o, con “opción de exclusión” en la que la prueba será administrada a menos que el cliente específicamente decline hacérsela. **En los casos en que se usa el modelo de exclusión iniciado por el proveedor, es importante garantizar que las y los clientes comprendan que tienen derecho de rehusarse a hacerse la prueba sin que haya repercusiones.** La ampliación de los sitios para pruebas que no se limiten al ámbito de las instituciones de salud sexual y reproductiva, que es donde las pruebas se ofrecen con mayor frecuencia, puede ayudar a llevar estos servicios a hombres y personas que ya están fuera de sus años reproductivos.

Generalmente, se ofrece a las mujeres embarazadas los servicios de consejería y prueba de VIH de manera rutinaria, como parte de la atención prenatal. Debido a que recibir un diagnóstico VIH-positivo durante el embarazo o parto puede ser traumático, las y los prestadores de servicios de salud deben dar especial atención a la provisión de información previa a la prueba, que incluya los riesgos de transmitir el VIH al infante; medidas que pueden tomarse para reducir la transmisión de madre a hijo, incluida la profilaxis antirretroviral y la consejería para la alimentación de infantes; así como los beneficios de un diagnóstico temprano del VIH para las y los infantes. En caso de un diagnóstico VIH-positivo, debe proporcionarse consejería post-prueba apropiada. Todas las pruebas y consejería deben realizarse bajo condiciones de consentimiento informado y confidencialidad. Cuando se someten a la consejería y prueba de VIH y, **las mujeres embarazadas no deben ser vistas exclusivamente en su rol de futuras madres, ni ser sometidas a pruebas solamente para prevenir la transmisión de padres a hijos. Los servicios de prevención, tratamiento y atención deben estar disponibles siempre que se ofrece la prueba.**

Al determinar cómo y dónde debe prestarse los servicios de consejería y prueba de VIH, los sistemas de salud deben tomar en cuenta las necesidades especiales de los grupos marginados que pueden enfrentar barreras en el acceso a los servicios de salud. Por ejemplo, las personas que venden sexo pueden evitar las pruebas de VIH debido a que anticipan la discriminación por parte de las y los trabajadores sanitarios o por temor a que revelar su ocupación pueda ponerles en riesgo de arresto o impida que puedan continuar trabajando. Puede

sucedir que, cuando las y los trabajadores del sexo visitan los sitios donde se ofrece la prueba, necesiten servicios especiales como consejería sobre cómo tener acceso a servicios de VIH y otros servicios de salud que sean confidenciales, cómo tener acceso a programas de apoyo social para ellos y sus dependientes, opciones alternativas para ganarse la vida, si cambiar de ocupación y la manera de hacerlo, así como leyes y servicios legales que puedan proteger a las y los trabajadores del sexo que enfrentan violencia o discriminación.

Las barreras financieras y logísticas pueden impedir que las mujeres – especialmente las del medio rural que pueden haber tenido que viajar largas distancias para recibir servicios clínicos – tengan acceso a la consejería y prueba de VIH. En otros casos, las mujeres pueden evitar hacerse la prueba debido al temor al abandono o la violencia por parte de sus



parejas sexuales. La garantía de confidencialidad y la consejería sensible a estas situaciones son especialmente importantes para las mujeres, ya que algunos miembros de su familia y sus propias parejas pueden presionarlas para que se hagan la prueba y luego culparlas por ‘traer el VIH al hogar’, en caso de la prueba resulte positiva.

También las personas adolescentes y la gente joven tienen una necesidad especial de pruebas confidenciales y de consejería sensible. Los sistemas de salud deben trabajar para enfrentar las barreras que impiden que la gente joven se haga la prueba, tales como los requerimientos de que los padres estén enterados sobre la prueba y/o los resultados²². Las y los consejeros deben encontrar formas de ayudar a la gente joven a decidir si revelar su condición de VIH y cómo hacerlo. Los padres y otros miembros de la familia pueden ser un apoyo enorme para la gente joven VIH-positiva, pero revelar su condición puede también provocar enojo, temor, violencia o abandono de la persona joven con VIH. También, la gente joven puede tener dificultad para pagar por las pruebas, por lo que los sistemas de salud deben esforzarse para proporcionar pruebas gratuitas o de bajo costo. Estos aspectos son de especial preocupación para las mujeres jóvenes, quienes

constituyen la mayoría de las personas jóvenes que viven con el VIH: en África Subsahariana, por ejemplo, tres cuartas partes de la gente joven que vive con VIH son mujeres. Para complicar más la situación, muchas de las personas jóvenes más vulnerables al VIH y SIDA – como las y los niños en condición de calle, las personas que consumen drogas inyectables y las dedicadas al trabajo sexual – son también las más marginadas y las que presentan mayor dificultad para ser atendidas, por lo que los sistemas de salud deben llevar sus servicios más allá de las clínicas y hospitales estándar.

Puede suceder que los programas de consejería y prueba de VIH pasen por alto las necesidades de la gente de la tercera edad, pues son pocos los servicios de salud sexual y reproductiva que están dirigidos explícitamente a ese grupo de población. Además, en ocasiones las y los trabajadores sanitarios confunden los síntomas del VIH en adultos mayores debido a condiciones relacionadas con la edad. Las instituciones de salud sexual y reproductiva y otros sitios que ofrecen pruebas deben ser sensibles al VIH en adultos mayores y dirigir esfuerzos hacia este grupo en las actividades de alcance comunitario.

La confidencialidad de la condición de VIH es especialmente importante dentro de las prisiones y otros entornos cerrados. Las y los prisioneros no deben ser puestos en cuarentena o recibir trato visiblemente preferencial que les distinga como personas que viven con el VIH. Las y los prisioneros que viven con el VIH también necesitan servicios post prueba, que incluyen consejería de prevención y acceso a tratamiento antirretroviral, para que puedan seguir viviendo con el VIH de manera saludable. La continuación de la consejería posterior al término de las sentencias en prisión es importante para apoyar la continuidad de la atención y el acceso a los servicios de salud. Ese tipo de consejería debe también tomar en cuenta otras necesidades psicosociales.

Educación sexual

Muchas personas que son diagnosticadas con VIH informan que no comprendieron a plenitud que su comportamiento les puso en riesgo de contraer la infección. La educación de buena calidad en materia de salud sexual y VIH ayuda a las personas a evitar los embarazos no deseados, las ITS y el VIH y mitiga el estigma y la discriminación contra las personas que viven con el VIH.²³

Las mujeres y hombres que viven con el VIH necesitan información sobre cómo elegir métodos apropiados de anticoncepción, los vínculos entre las ITS y la infección por VIH, el riesgo de re-infección, el efecto del VIH en la menstruación y fecundidad, así como sobre métodos más seguros de concebir, tener un embarazo saludable y dar a luz.

Las y los prestadores de servicios de salud deben ser sensibles a las necesidades emocionales de sus clientes y proporcionar educación sexual en los momentos y en formas que favorezcan su asimilación. Cuando se proporciona los resultados de la prueba de VIH, es especialmente crítico abordar las ansiedades y preocupaciones de las personas antes de proporcionarles información basada en los hechos. Es también importante no limitarse simplemente a proporcionar los hechos, sino continuar apoyando con consejería sobre la práctica del comportamiento sexual más seguro y mantener el comportamiento seguro a través el tiempo.

Tradicionalmente en muchos países, los miembros de mayor edad en la comunidad – algunas veces a través de ceremonias y rituales de iniciación – han conducido la educación sexual con niñas y niños. Con las cambiantes estructuras sociales, la migración urbana y la separación de las familias, la gente joven puede ya no beneficiarse de estos canales de información. Infundir un renovado vigor a los canales de comunicación tradicionales puede ayudar a que la gente joven obtenga información en sexualidad y habilidades para relacionarse. Algunos estudios sugieren que los iniciadores estarían dispuestos a actualizar sus ceremonias a la luz del VIH, con el fin de proporcionar apoyo relevante y preciso a la gente joven.²⁴

En particular, los programas de alcance comunitario y de educación de pares pueden llegar a grupos vulnerables como las y los adolescentes, trabajadores del sexo, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y personas que se inyectan drogas. Estos programas funcionan mejor cuando los miembros de los grupos vulnerables se involucran directamente en el diseño y comunicación de los mensajes educativos apropiados.

Dentro de las prisiones, el VIH se transmite a través de comportamientos ilegales o de prácticas revestidas de estigma, como las relaciones sexuales entre hombres y el uso de drogas inyectables. También, muchos hombres y mujeres

ingresan a prisión cuando ya son VIH-positivos. Las y los prisioneros necesitan información actual, libre de prejuicios y exacta acerca de cómo protegerse y cuidarse a sí mismos y que sea distribuida a través de materiales que sean relevantes a las realidades del ambiente de las prisiones.

En todos los entornos, la educación sexual y la consejería en VIH deben adaptarse teniendo en mente las necesidades de la audiencia principal. Las personas refugiadas, trabajadores migrantes y desplazadas internamente pueden necesitar materiales especializados que les proporcionen información sobre el VIH y la salud sexual y reproductiva en sus propios idiomas y en formatos que sean culturalmente apropiados.

Apoyo psicosocial

Las personas que viven con el VIH necesitan apoyo psicológico y social para tomar decisiones informadas sobre su salud, así como para hacer frente al estigma y la discriminación. Desde una perspectiva de salud sexual y reproductiva, ese apoyo puede responder a la presión de familias y comunidades para tener o no tener hijos; violencia y temor de violencia; violaciones a los derechos como la herencia de las viudas; negociaciones de sexo más seguro; y preocupaciones en torno a la revelación de la condición de VIH a parejas, miembros de la familia y a la comunidad en general. Sin embargo, los programas rara vez abordan estas necesidades de manera efectiva, debido a que, con frecuencia, el apoyo psicosocial se ve como un servicio “blando” y de baja prioridad, o porque las y los trabajadores sanitarios carecen de la capacitación y apoyo que necesitan para proporcionar asesoramiento libre de sesgos y prejuicios.

Dentro de las instituciones de salud, el apoyo psicológico para las personas a las que se les diagnostica con VIH no debe terminar con la consejería post prueba; ese apoyo debe ser parte de la relación continua entre paciente y trabajador sanitario. Las intervenciones psicosociales pueden tener lugar ya sea en entornos de servicio de VIH o en clínicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva. También, las organizaciones basadas en la comunidad y en la fe pueden tener la capacidad de satisfacer las necesidades psicosociales, especialmente en donde no se cuente con suficientes trabajadores sanitarios con capacitación suficiente.

Los grupos de apoyo a pares son una forma importante para que las personas acepten las implicaciones de ser

VIH-positivas: Los grupos de apoyo dan a las personas que viven con el VIH el espacio para articular sus experiencias, darse cuenta de que no están solas y compartir estrategias de supervivencia. Sin embargo, los grupos de apoyo a pares algunas veces fracasan en abordar adecuadamente otras formas de discriminación, como las que se basan en la edad o el género. Los programas de capacitación de educadores pares y grupos de apoyo deben hacer un esfuerzo especial para reclutar miembros de grupos en desventaja y asegurarse de que sus voces sean oídas y respetadas.

Los miembros de ciertos grupos tienen necesidades psicosociales especiales para las que se requiere de la concientización y sensibilidad de las y los consejeros. La gente joven con VIH puede necesitar apoyo adicional durante su transición a la vida adulta y para comprender los aspectos físicos y emocionales de las relaciones sexuales. También pueden enfrentar decisiones difíciles respecto a la revelación de su condición. La gente joven que vive con el VIH y que ha experimentado violencia o abuso sexual puede necesitar ser referida a servicios especializados. Las mujeres VIH-positivas pueden necesitar ayuda psicosocial especializada si están tomando decisiones respecto al amamantamiento, si se enteran de su condición durante el embarazo o si decide embarazarse, si son sobrevivientes de violencia basada en el género, o si tienen temor de enfrentar violencia y rechazo cuando revelen su condición. Las y los consejeros también deben estar conscientes de que el divorcio, la separación y el dolor por la muerte de un ser querido pueden conducir a los adultos mayores que viven con el VIH a embarcarse en nuevas relaciones sexuales, muchas veces sin contar con aptitudes de negociación o con educación sobre sexo seguro.

Planificación familiar y doble protección

Las personas que viven con el VIH pueden desear evitar el embarazo por varias razones: pueden tener temor de que su hijo se infecte con el VIH, porque ya tengan el número de hijos que desean, porque desean evitar la infección con otra cepa de VIH, o porque necesiten concentrar sus recursos en mantener la salud y bienestar de sí mismas y sus familias. Sin embargo, las personas VIH-positivas con frecuencia carecen de un acceso adecuado a los servicios de planificación familiar y pueden recibir información inexacta acerca de sus opciones de planificación familiar. También, pueden verse forzadas a sobrellevar las presiones de la comunidad y su familia para

tener hijos, la oposición de la pareja para usar anticonceptivos y el estigma asociado con el uso del condón.

En muchos países en desarrollo, el método anticonceptivo más comúnmente usado es la esterilización. Muchas mujeres que viven con el VIH han experimentado presiones de las y los trabajadores sanitarios para someterse a la esterilización, lo que constituye una violación de los derechos reproductivos de las mujeres: Es importante garantizar que esta opción sea discutida en una forma no autoritaria y que se obtenga el consentimiento informado. **Se considera que la mayoría de los métodos anticonceptivos son seguros y efectivos para las mujeres que viven con el VIH**, aunque algunos medicamentos antirretrovirales pueden interactuar con algunos anticonceptivos orales, afectando potencialmente la efectividad de alguno de los dos o de ambos medicamentos. Ajustar la dosis, cambiar a otro anticonceptivo o usar condones puede ayudar a resolver este problema.²⁵

La doble protección significa la prevención simultánea del embarazo no planeado y de la infección por VIH e ITS, a través del uso consistente y correcto de condones masculinos o femeninos, por sí solos o en combinación con otro método anticonceptivo. Los programas de salud reproductiva han tenido la tendencia a conducir a sus pacientes a que usen otras formas de anticoncepción distintas a los condones, bajo la creencia de que otros métodos son más efectivos en la prevención de embarazos no planeados y porque los condones fueron estigmatizados a través de su asociación con la prevención de enfermedades. Muchas personas encuentran difícil usar los condones de manera correcta y consistente todas las veces que tienen relaciones sexuales: Las mujeres que viven con el VIH pueden enfrentar dificultades especiales para adoptar la doble protección por carecer del poder para insistir en el uso del condón y porque muchas personas subestiman su vulnerabilidad a la infección por VIH y a las ITS porque falsamente creen que mantienen una relación monógama con su pareja sexual.

Una mejor integración de los servicios de VIH y de salud sexual y reproductiva puede ayudar a las y los trabajadores sanitarios a asesorar a sus clientes sobre cómo manejar, reducir o eliminar todos sus riesgos sexuales, incluido el riesgo de contraer ITS por vía sexual, así como el riesgo de un embarazo no planeado. Obviamente, los servicios de planificación familiar, incluida la información sobre la doble

protección, son prestados más bien a través de clínicas de planificación familiar, pero también pueden ser incorporados en una gran variedad de otros sitios. Integrar los servicios y suministros de planificación familiar en los servicios de CPV, por ejemplo, sirve un doble propósito: asegura que todos los pacientes, ya sea que resulten VIH-positivos o no, tengan acceso a información y artículos anticonceptivos; además, esto puede atraer a clientes que de otra forma no hubieran acudido al centro de CPV. En la actualidad, sin embargo, las directrices nacionales de CPV generalmente abordan la planificación familiar solamente en términos de consejería y referencias, más que como un servicio plenamente integrado.²⁶

Los servicios de ITS tienden a estar dirigidos a grupos especialmente vulnerables como las trabajadoras del sexo y hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres. Debido a que el objetivo de estos servicios ha sido reducir la prevalencia de ITS y de VIH, han prestado poca atención a las necesidades de planificación familiar de sus pacientes en general o de clientes que viven con el VIH. Sin embargo, dado que ya están proporcionando información y suministros relacionados con el uso del condón, las clínicas de ITS representan una oportunidad potencial de aumentar el nivel de conciencia y de proporcionar servicios anticonceptivos.

Los sitios en donde se ofrece servicios de tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH son otro lugar lógico para ofrecer asesoramiento y suministros de planificación familiar a personas que viven con el VIH. Estos servicios han identificado la necesidad de capacitar al personal en consejería de planificación familiar; y, algunos, refieren a las mujeres a los servicios de planificación familiar. En general, sin embargo, estos sitios todavía están luchando para satisfacer la necesidad de tratamiento antirretroviral y no han podido dar prioridad a la planificación familiar. Una excepción son los programas que previenen la transmisión del VIH de padres a hijos, en los que la planificación familiar es con frecuencia un elemento clave. Estas intervenciones pueden también ofrecer servicios para ayudar a proteger a futuros padres de familia y a sus hijos de la infección por VIH, así como proporcionar servicios de parto seguro, asesoramiento y apoyo postparto para la alimentación segura del infante.

Ciertos grupos son especialmente desatendidos por los sistemas que están actualmente en operación en cuanto

a la prestación de servicios de planificación familiar. Por ejemplo, los programas que se concentran en la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH para hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres, en general han pasado por alto la posibilidad de que esas personas tienen parejas femeninas con las que la anticoncepción puede ser importante. También, las lesbianas tienen necesidades de planificación familiar y educación sexual. Si bien no es probable que las relaciones sexuales entre mujeres resulten en una infección por VIH, algunas lesbianas se vuelven VIH-positivas a través de las relaciones sexuales con hombres, el trabajo sexual, el uso de drogas inyectables o por otras causas; y su salud sexual y reproductiva debe ser atendida.

Los programas para trabajadoras del sexo han tendido a concentrarse en la prevención del VIH con sus clientes, más que en abordar las relaciones de esas mujeres con sus parejas, en las que la anticoncepción puede ser una preocupación fundamental. Un estudio reciente realizado con trabajadoras del sexo en Camboya encontró que la gran mayoría de ellas dependían de los condones solamente para la doble protección; y que, menos del cinco por ciento, usaba otro método de anticoncepción moderna²⁷. Los programas de alcance comunitario pueden ayudar a que la información y los suministros adecuados lleguen a todas las personas en riesgo.

Aborto

Aún en los casos en los que se dispone de anticoncepción, la falla del anticonceptivo, el sexo coercitivo o forzoso, la incapacidad de insistir en el uso del anticonceptivo, o los cambios en las circunstancias personales (como el dolor por la muerte de una persona o el divorcio) pueden resultar en un embarazo no deseado. **Las mujeres con VIH deben tener acceso a servicios para prevenir los abortos inseguros, a servicios de aborto seguro en circunstancias en donde no sean ilegales y a la atención post aborto.** Sin embargo, en muchas partes del mundo, todas las mujeres enfrentan barreras importantes en la búsqueda de atención relacionada con el aborto. Por su parte, las mujeres que viven con el VIH pueden enfrentar dificultades adicionales en la búsqueda de servicios relacionados con el aborto debido al estigma y la discriminación adicionales. Además, las y los trabajadores sanitarios pueden rehusarse a proporcionar servicios de aborto a las mujeres que viven con el VIH, debido a temores sobre una infección potencial.

Para asegurar que las mujeres que viven con el VIH tengan acceso a la atención relacionada con el aborto seguro, cada hospital y clínica debe contar con personal capacitado para proporcionar servicios básicos de salud sexual y reproductiva. Los sitios que no estén equipados para proporcionar abortos inducidos o atención post aborto deben referir sin demora a las mujeres al servicio más cercano. El personal de salud debe también ser competente en la prestación de consejería exacta y no autoritaria, para permitir que las mujeres consideren sus opciones de fecundidad. Las directrices de la OMS recomiendan la técnica de la aspiración manual endouterina cuando se termina un embarazo en mujeres que viven con el VIH, así como el uso rutinario de antibióticos para reducir el riesgo de infecciones posteriores al procedimiento.²⁸

La prevención de los abortos coercitivos es un aspecto crítico para asegurar que las mujeres que viven con el VIH tengan acceso a una atención relacionada con el aborto que sea segura y apropiada. Las mujeres que viven con el VIH en muchas partes del mundo han reportado ese tipo de coerción: Por ejemplo, en un estudio en Asia, más de dos tercios de las mujeres que resultaron positivas mientras estaban embarazadas reportaron que se les aconsejó no tener a su hijo; y cerca de una cuarta parte de ellas reportó haber estado sujeta a coerción para someterse a la esterilización o a un aborto²⁹. Las y los trabajadores sanitarios deben ser capacitados para proporcionar consejería y servicios integrales a las mujeres que viven con el VIH, para que las mujeres puedan tomar decisiones informadas con base en su propia salud y situaciones personales.

Concepción, embarazo y parto

En muchas culturas, el dar a luz y la maternidad desempeñan un muy importante rol en la condición social e identidad propia de las mujeres. Conforme aumenta el acceso a la terapia antirretroviral y el VIH puede experimentarse como una enfermedad crónica en vez de fatal, las personas que viven con el VIH tienen mayor probabilidad de desear tener hijos. Sin embargo, las dificultades físicas y psicológicas, que se complican por las actitudes negativas de las y los prestadores de servicios de salud que no creen que las personas con VIH puedan o deben tener hijos, pueden hacer que concebir y tener un hijo sea difícil.

Las personas que viven con el VIH pueden tener mayor dificultad para embarazarse que las parejas VIH-negativas.

Algunos estudios han reportado que la fecundidad de las mujeres VIH-positivas es menor que las de las mujeres en todos los grupos de edad, menos en el más joven.³⁰ Los hombres que viven con el VIH pueden también experimentar una fecundidad disminuida. Las tecnologías de la salud existen para abordar estos problemas, pero los servicios son escasos, especialmente en entornos de recursos reducidos.

Los métodos de concepción segura difieren dependiendo del seroestatus de los miembros de la pareja; y las personas que viven con el VIH y que estén considerando embarazarse deben recibir consejería sobre estas opciones:

- Cuando solamente la mujer es VIH-positiva, la inseminación con el semen de la pareja masculina elimina el riesgo de infección para el hombre.
- Cuando la pareja masculina es VIH-positiva, no hay un método libre de riesgos para lograr la concepción. Bajar la carga viral a niveles no detectables con terapia antirretroviral, el lavado de espermatozoides y la fertilización *in vitro* pueden reducir el riesgo de transmisión. Otra opción es la inseminación con semen de un donante.
- Si ambos miembros de la pareja son VIH-positivos, para limitar el riesgo de re-infección, ellos deben tratar de concebir en el momento del ciclo menstrual en el que la mujer es más fértil. El lavado de espermatozoides puede también reducir la posibilidad de transmisión de mutaciones del virus.

Una vez que la pareja ha concebido con éxito, el embarazo no parece afectar la progresión del VIH. Sin embargo, el VIH puede hacer que la mujer embarazada sea más susceptible a ciertas enfermedades y plantea algunos riesgos para el infante.

³¹ Según sea apropiado, las y los trabajadores sanitarios deben proporcionar mosquiteros tratados con insecticida, tratamiento para la tuberculosis y suplementos nutricionales a las mujeres embarazadas que viven con el VIH. Las mujeres con VIH que estén embarazadas deben recibir todos los servicios estándar de atención prenatal, incluidos el tamizaje y tratamiento de las ITS, así como consejería nutricional y monitoreo. La atención prenatal debe incorporar también la terapia antirretroviral apropiada, lo cual mantiene saludables a las madres y ayuda a proteger al feto de la infección.

Las ITS pueden causar serias complicaciones durante el embarazo tanto para las madres como para los bebés; y una

mujer VIH-negativa embarazada con una pareja que vive con el VIH también necesita protección del VIH para sí misma y para su bebé que no ha nacido. A pesar de esto, las y los trabajadores sanitarios rara vez promueven el uso de condones durante el embarazo y las mujeres pueden encontrar especialmente difícil solicitar a sus parejas que practiquen el sexo más seguro durante este período. Las y los profesionales de la salud deben trabajar para replantear el uso de los condones en el embarazo como una protección para el bebé que aún no nace así como para la madre; y como un signo de cuidado mutuo y protección dentro de la relación, en vez de indicar desconfianza. También es importante proporcionar suministros adecuados de condones para hacer posible el sexo seguro.

Las mujeres VIH-positivas que consumen drogas y que se embarazan necesitan servicios específicos adicionales. La terapia de sustitución de opioides durante el embarazo y posterior al parto puede ayudar a proteger tanto a las mujeres como a sus bebés; y puede alentar a las mujeres embarazadas que usan drogas a utilizar otros servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la atención prenatal.

La mayoría de las mujeres en los países en desarrollo dan a luz en su hogar, sin atención especializada, lo que las deja en condición vulnerable en el caso de una emergencia obstétrica. **Las mujeres embarazadas con VIH necesitan la atención de prestadores de servicios especializados que puedan realizar secciones cesáreas si es requerido, administrar terapia antirretroviral durante el trabajo de parto y apegarse a los protocolos específicos para las mujeres VIH-positivas.** Después del parto, las madres deben ser monitoreadas por infecciones postparto las que, en mujeres con VIH, generalmente requieren de tratamiento más agresivo con antibióticos. La consejería sobre sexo más seguro – incluida la doble protección – es importante pues reanudar las relaciones sexuales demasiado pronto después del parto puede conducir a infecciones.

Las madres VIH-positivas necesitan consejería y apoyo práctico para la alimentación de sus infantes, ya sea con amamantamiento o con alimentación de reemplazo. Para prevenir la transmisión del VIH de padres a hijos, **las y los trabajadores sanitarios deben promover ya sea el amamantamiento exclusivo o la alimentación de reemplazo exclusiva** (acompañada de suministros adecuados de leche de fórmula). La mezcla de amamantamiento con alimentación

con fórmula aumenta significativamente el riesgo de que el infante se infecte con el VIH.³²

Las agrupaciones de personas que viven con el VIH pueden desempeñar un importante rol en la consejería posparto, especialmente en relación con las estrategias para alimentación de infantes. Se debe prestar especial atención a la forma de evitar el estigma y discriminación para mujeres que eligen no amamantar (de hecho “excluyéndose” a sí mismas como VIH-positivas en algunas comunidades). Las madres VIH-positivas necesitan saber cómo preparar los alimentos de reemplazo de manera

segura; qué deben hacer si sus bebés tienen irritación oral o si ellas mismas tienen irritación o inflamación alrededor de los pezones; y cómo llevar a cabo un destete abrupto. También, pueden tener necesidad de apoyo financiero para comprar los alimentos de reemplazo. Las mujeres que están en una situación de movilidad (Ej. refugiadas o trabajadoras migrantes) pueden requerir apoyo adicional para continuar con el método elegido de alimentación cuando se desplazan.

Infecciones de transmisión sexual

El diagnóstico y tratamiento oportunos y apropiados de las ITS y de las infecciones del tracto reproductivo son vitales para asegurar la salud de las personas que viven con el VIH. El VIH puede facilitar la transmisión de ITS y tiende a hacerlas más agresivas y difíciles de tratar. Debido a que algunas veces las personas se enteran de que son VIH-positivas en un centro de CPV o durante el tratamiento de infecciones oportunistas, en lugar de conocer su condición en un entorno de salud sexual y reproductiva, no siempre reciben un tamizaje completo de ITS de una sola vez.

La manera más sencilla en que las personas que viven con el VIH pueden obtener el tamizaje y los servicios adecuados de ITS, es incorporar estos servicios a los lugares en donde ellas acuden con regularidad para recibir servicios clínicos; por ejemplo, en sitios que proporcionan terapia antirretroviral.



Las y los prestadores de servicios deben considerar la mejor forma de **incluir chequeos de salud sexual de manera regular como un componente integral de la atención rutinaria del VIH**. Alternativamente, las y los clientes pueden ser referidos a clínicas de ITS separadas y autónomas para recibir estos servicios. En este caso, los dos servicios deberán establecer políticas confiables de comunicación para garantizar que la información relevante sea compartida de manera oportuna y confidencial, para promover la continuidad de la atención.

A su vez, las clínicas de ITS tienen importantes oportunidades para diagnosticar las infecciones por VIH – especialmente en su fase temprana cuando el VIH es más infeccioso – en pacientes que buscan tratamiento para una ITS. La consejería y pruebas de VIH deben ofrecerse de manera rutinaria como parte de los servicios de ITS. Las personas cuya prueba resulta positiva deben recibir consejería y apoyo intensivos, mientras que las personas cuya prueba resulte negativa deben ser exhortadas enérgicamente a usar condones de manera consistente o abstenerse de tener actividad sexual hasta que se hayan repetido la prueba de VIH dentro de un período de 6-12 semanas, puesto que las personas que sufren seroconversión pueden estar todavía en el período de ventana, en el cual los anticuerpos no son detectables.

Debe prestarse especial atención a las necesidades de las personas en prisión, quienes pueden haber contraído ITS fuera de la prisión o a través de relaciones sexuales no protegidas dentro de la prisión. La presencia de ITS sin tratamiento también aumenta el riesgo de la transmisión del VIH y viceversa. La prevención y el tamizaje y tratamiento de las ITS realizados con regularidad, mejora la salud de los prisioneros en general y aumenta la efectividad de los esfuerzos de prevención y tratamiento del VIH.

Diagnóstico y tratamiento del cáncer

Las personas que viven con el VIH están en un mayor riesgo de contraer una variedad de cánceres, especialmente en entornos de escasos recursos, en donde muchas de esas personas no reciben terapia antirretroviral. Además de los cánceres relacionados con la salud sexual y reproductiva que aquí se comentan, las y los prestadores de servicios deben estar alertas para diagnosticar y proporcionar tratamiento oportuno a otros cánceres causados por el SIDA, como el sarcoma de Kaposi y el linfoma no Hodgkin; así como el cáncer de mama, que no está relacionado con el SIDA, pero que pone en riesgo a muchas mujeres.

El cáncer cervical es una complicación grave de una infección persistente con el virus del papiloma humano (VPH) – una ITS que afecta hasta un 80% de los hombres y mujeres sexualmente activos. Comparadas con otras mujeres, las mujeres que viven con el VIH tienen una mayor prevalencia de infección persistente con el VPH, un mayor riesgo de precáncer y una progresión más rápida hacia la enfermedad invasiva.³³ La OMS recomienda **el tamizaje de cáncer cervical para todas las mujeres en el momento del diagnóstico de VIH**; y las mujeres que viven con el VIH deben tener **exámenes pélvicos y tamizaje de VPH con regularidad**. Los centros de salud deben ser capaces de prestar servicios o referir a sus clientes para el tratamiento de lesiones cervicales.

El VPH también es la causa subyacente del cáncer anal. La infección anal con VIH está muy extendida entre hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, especialmente quienes viven con el VIH; así como, en cierta medida, entre mujeres VIH-positivas. Algunas clínicas de VIH están explorando las ventajas de aplicar con regularidad el tamizaje de personas con VPH anal para detectar células pre-cancerosas usando una prueba muy parecida a la prueba de Pap, que se usa para detectar células cervicales pre-cancerosas en las mujeres.

Las y los prestadores de servicios de salud primaria que cuenten con equipo y capacitación mínimos pueden implementar muchos servicios en respuesta al cáncer, aunque se requiere apoyo de laboratorio. En muchos países ya existen elementos de atención al cáncer dentro de varias estructuras de salud sexual y reproductiva; y lo que se necesita es un programa coherente que los vincule a los servicios de atención a la salud para las personas que viven con el VIH.

Violencia

Las personas que viven con el VIH están particularmente en riesgo de violencia y **el tamizaje de violencia y las referencias a servicios de atención a la salud y apoyo psicológico y legal deben integrarse con los servicios de salud sexual y reproductiva y los programas de VIH**. Las personas sobrevivientes de asalto sexual necesitan acceso a servicios que incluyan la atención psicológica, el diagnóstico y tratamiento de ITS, la anticoncepción de emergencia y los servicios de aborto en donde éstos son legales.

En primer lugar, la violencia basada en el género hace vulnerables a las mujeres y niñas a la infección por VIH; y las

amenazas percibidas y reales de abuso pueden impedir que las mujeres usen anticonceptivos y condones, o que tengan acceso a servicios de atención a la salud y de consejería. Las mujeres que viven con el VIH están en un todavía mayor riesgo de violencia, lo cual puede también resultar en embarazos no deseados y evitar que las mujeres usen los servicios de CPV y de atención a la salud. Adicionalmente, el estigma social y los sentimientos de auto culpa pueden desalentar a las mujeres que han experimentado violencia para hacer uso de servicios de salud sexual y reproductiva.

Frecuentemente, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres son víctimas de violencia, especialmente en entornos en donde la homosexualidad es ilegal o está altamente estigmatizada; y, como en el caso de las mujeres, quienes viven con el VIH están en un mayor riesgo. La violencia sexual aumenta el riesgo de la infección y re-infección por VIH, tanto a través de las lesiones físicas como la ruptura del recto y la hemorragia interna. La violencia y el abuso pueden hacer que los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres tengan más probabilidad de participar en comportamientos de alto riesgo, como las relaciones sexuales anales sin protección, el abuso de sustancias y el intercambio de sexo por dinero o drogas.

En particular, en los lugares en donde se penaliza la homosexualidad, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres pueden carecer de los servicios legales y de salud que les ayuden a recobrar del abuso y evitarlo. En donde la penalización impide que los servicios de salud general aborden la violencia contra los hombres que mantienen relaciones con hombres, se necesita de servicios autónomos. Estos servicios deben incluir consejería, así como el diagnóstico y el tratamiento de ITS.

Disfunción sexual

Es común que los hombres con VIH expresen su preocupación en torno a la pérdida de la libido y a problemas de eyaculación, algunos de estos relacionados con el propio VIH y otros con la terapia antirretroviral u otros medicamentos. Los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres pueden experimentar la pérdida del deseo sexual debido a la homofobia externa o internalizada. Las mujeres que viven con el VIH también experimentan disfunción sexual. Las razones detrás de esto pueden incluir la depresión post diagnóstico, ansiedad, pérdida de la autoestima, cambios

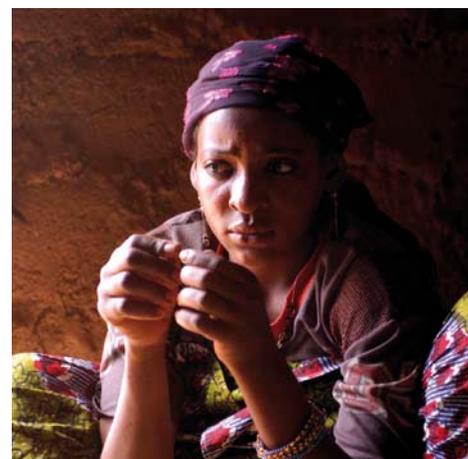
corporales o una imagen corporal alterada, miedo a la violencia o trauma asociado con violencia en el pasado, síntomas de ITS, cambios de roles en las relaciones de pareja, la muerte de un cónyuge o pareja, aislamiento social, temor a la re-infección y temor a infectar a otras personas.

La pérdida del impulso o deseo sexual puede tener un impacto significativo en la calidad de vida y sentimientos de autoestima y puede contribuir a problemas emocionales como la ansiedad y la depresión. Sin embargo, los programas de salud para las personas que viven con el VIH con frecuencia se enfocan a prevenir la transmisión del virus hacia adelante, desatendiendo temas asociados con una vida sexual segura y satisfactoria.

Se debe ofrecer a las personas que viven con el VIH las mismas terapias para disfunción sexual que se ofrecen a las personas que son VIH-negativas, como los medicamentos para tratar la disfunción eréctil y los lubricantes, especialmente para mujeres después de la menopausia. Estas personas pueden también beneficiarse de enfoques específicos, como el cambio de regímenes de medicamentos para responder a un deseo reducido debido a los efectos secundarios como el dolor estomacal, dolores de cabeza y la lipodistrofia. La capacitación para trabajadores sanitarios que estarán prestando servicios de salud sexual y reproductiva debe incluir información sobre estas terapias, así como apoyo al abordar temas como la disfunción sexual y la sexualidad. Muchas personas con VIH han encontrado que los grupos de apoyo de pares ayudan a combatir el aislamiento, el temor y la falta de información en torno al VIH, factores que pueden disminuir el deseo sexual.

Prevención positiva

Las personas que son VIH-positivas necesitan programas de prevención para ayudarles a permanecer saludables; evitar las ITS y la re-infección; y a proteger a sus parejas de la infección por VIH. Para que sean efectivas, las estrategias de prevención positiva deben ser sensibles y compatibles con las realidades prácticas que enfrentan las personas que viven con el VIH al



tratar de protegerse a sí mismas y proteger a otras personas. Esto requiere que las personas que viven con el VIH aporten liderazgo en el desarrollo de esas estrategias.

Los programas de prevención positiva deben respetar y apoyar los derechos y responsabilidades de las personas que viven con el VIH, mismos que incluyen la confidencialidad, el consentimiento informado y la revelación voluntaria. También, necesitan abordar el estigma y la discriminación, tanto en el entorno clínico como en la comunidad. Los esfuerzos de prevención positiva que no hacen frente al estigma y la discriminación, y que no promueven la responsabilidad compartida, pueden desalentar a las personas para que traten de conocer su condición de VIH y para que cambien su comportamiento en consecuencia. Además,

dado que solamente una pequeña proporción de personas que viven con el VIH en el mundo están conscientes de su condición, la prevención positiva debe hacer responsables a todas las personas – no solamente a aquellas que saben que son positivas – para reducir la transmisión del VIH.

Los programas de prevención positiva también deben

abordar las restricciones estructurales, sociales, legales y políticas que socavan los esfuerzos de las personas que viven con el VIH para proteger y mantener su salud y la de otras personas. Quienes revelan su condición pueden estar arriesgándose al rechazo, discriminación y violencia. Las leyes y políticas restrictivas pueden limitar su capacidad de acceso a los servicios médicos. Las normas culturales pueden impedir que negocien el uso del condón con sus parejas sexuales, aún cuando los condones estén disponibles gratuitamente. Los esfuerzos de prevención positiva deben empoderar a los grupos de personas VIH-positivas para que puedan influir en su comunidad y en otros foros de toma de decisiones con la finalidad de ayudar a cambiar esas normas que son de poca ayuda y para empoderar a las personas que viven con el VIH. Las campañas de “conoce tus derechos” y otras estrategias de capacitación y de involucramiento son componentes importantes del apoyo a las personas que viven con el VIH

para que exijan acciones de prevención – no solamente en términos de la disponibilidad de suministros y servicios –, sino de las condiciones para evitar la discriminación y para vivir libres de violencia, que es lo que realmente hace posible la prevención del VIH.

III. Protección de los Derechos Humanos, Fomento de la Salud Pública

Las personas que viven con el VIH desean tener relaciones sexuales, criar hijos, evitar embarazos no deseados, proteger su salud sexual y proteger la salud de sus parejas. Sin embargo el estigma y la discriminación que enfrentan las personas que viven con el VIH en todos los aspectos de sus vidas se complica con el hecho de que las políticas, programas y servicios de salud sexual y reproductiva con frecuencia desatienden sus necesidades específicas. Para comenzar, los sistemas de salud en los países de bajos ingresos simplemente carecen de la capacidad humana y financiera para satisfacer las necesidades de salud de sus habitantes. Adicionalmente, algunas brechas específicas y debilidades en las políticas, capacitación y programas, socavan aún más la capacidad de los sistemas de salud para apoyar la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH.

Superar estas brechas, como se describe en este capítulo, ayudará a hacer realidad los derechos humanos y la salud sexual de las personas que viven con el VIH, a la vez que también se reduce las enfermedades, se retrasa la progresión de la enfermedad y se evita la transmisión del virus hacia adelante. Las inversiones en los sistemas de salud y comunitarios que posibiliten que las personas que viven con el VIH puedan proteger mejor su propia salud sexual y reproductiva y la salud de sus parejas e hijos, también beneficiará a los hombres, mujeres y niños VIH-negativos, constituyendo, en última instancia, un apoyo para la salud de todo el mundo.



3

CONSIDERACIONES LEGALES Y DE POLÍTICA

De muchas maneras, las personas que viven con el VIH tienen las mismas necesidades relacionadas con la salud sexual y reproductiva que cualquier otra persona. Por ejemplo, todas tienen el derecho de decidir si tener y cuándo tener hijos, ninguna debe ser sometida a intervenciones médicas sin su consentimiento informado y los resultados de las pruebas médicas y la condición de salud de toda persona debe mantenerse confidencial. En muchos lugares, sin embargo, las leyes y políticas existentes no apoyan a las personas que viven con el VIH para que puedan satisfacer tales necesidades y alcanzar sus aspiraciones sexuales y reproductivas. Y lo que es peor aún, 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 vigilando la aplicación de leyes que prohíban la discriminación contra las personas que viven con el VIH, en las esferas tanto pública como privada.** Las leyes que están en contra de la discriminación ayudan a remover las barreras que, de otra forma, habrían dificultado que las personas que viven con el VIH obtuvieran atención a su salud sexual y reproductiva, así como empleo, educación, seguro de salud, vivienda y otros beneficios sociales. Los gobiernos pueden también desarrollar e implementar marcos y directrices nacionales que protejan

explícitamente la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH.

Adicionalmente a todo esto, hay numerosas leyes y políticas específicas, como los protocolos de pruebas de VIH, requerimientos de residencia para obtener servicios de salud, o la penalización de ciertas prácticas sexuales consensuales entre adultos, que se aplican a la población

en general, pero que afectan específicamente la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH. Algunas de estas políticas tendrán implicaciones para todas o para la mayoría de las personas que viven con el VIH, mientras que otras afectarán a las personas que pertenecen a grupos de población claves que enfrentan disparidades de salud dentro de la epidemia del VIH. Al reformar esas leyes y políticas, los gobiernos pueden dar enormes pasos para posibilitar que las personas que viven con el VIH obtengan la información y servicios que necesitan para proteger su propia salud y la salud de otras personas.

El desarrollar o reformar leyes y políticas es más efectivo cuando se involucra a las personas directamente afectadas por ellas – no solamente en su formulación, sino también en su implementación, monitoreo y evaluación. Las personas que viven con el VIH (y especialmente las que son miembros de poblaciones claves) están en una posición inmejorable para diseñar intervenciones efectivas, poner de relieve áreas de preocupación y asegurar que la legislación tome en cuenta el contexto social, político y legal más amplio en el que viven las personas VIH positivas.

El mejoramiento de leyes y políticas es un primer paso crítico, pero las leyes en el papel no hacen bien alguno a menos que sean implementadas. A nivel global, las personas que viven con el VIH y los grupos de incidencia política que las apoyan han establecido directrices y desarrollado herramientas para ayudar a quienes toman las decisiones en la creación de políticas que apoyen mejor la salud sexual y reproductiva, así como para ayudar a las y los activistas en el monitoreo de avances. Los mecanismos a nivel nacional,



como las instituciones nacionales de derechos humanos (Ej. una defensoría de los derechos del pueblo o una comisión de derechos humanos) y los sistemas jurídicos nacionales, pueden ayudar a hacer cumplir las obligaciones legales para proteger la salud sexual y reproductiva y atender las presuntas violaciones de los derechos humanos. En donde no hay mecanismos a nivel nacional o éstos no son efectivos, pueden ser de gran ayuda las comisiones de derechos humanos regionales, como las establecidas en África y las Américas. También, puede presionarse a los gobiernos para que cumplan con sus obligaciones conforme a los tratados internacionales de derechos humanos que hayan ratificado; por ejemplo, a través de informes alternativos o “informes sombra” preparados por la sociedad civil y presentados a los comités

internacionales que monitorean su cumplimiento. Para mayor información sobre este tema, ver la sección sobre monitoreo y evaluación más adelante.

Finalmente, es esencial que todas las personas, incluidas las que viven con el VIH, tengan acceso al sistema de justicia. Esto significa que las personas que viven con el VIH deben beneficiarse de programas que les eduquen sobre sus derechos y sobre las leyes que sean relevantes en sus países. Los programas deben también asegurar que las personas que viven con el VIH puedan tener acceso al apoyo legal de muchas maneras, ya sea que se trate de ayuda legal para utilizar los tribunales o hacer contratos, o para tener acceso a la resolución de disputas en el contexto del trabajo

RECOMENDACIONES PARA LOS SISTEMAS LEGALES

- Las leyes antidiscriminatorias deben incluir la orientación sexual, la identidad de género, la condición de salud y de VIH, así como cubrir explícitamente a las poblaciones claves en mayor riesgo.
- Debe despenalizarse el no revelar la condición de VIH, la transmisión del VIH, el sexo anal, el trabajo sexual, las relaciones entre personas del mismo sexo y las relaciones entre personas transgénero.
- Las pruebas de VIH nunca deben ser obligatorias y siempre deben basarse en las “tres C”: confidencialidad, consentimiento informado y consejería. Esto es aplicable igualmente a grupos marginados, incluidos los grupos de personas migrantes, refugiadas y prisioneras.
- Las mujeres que viven con el VIH deben recibir la gama completa de opciones anticonceptivas y nunca deben ser sujetas a coerción para someterse a la esterilización o el aborto.
- La condición de VIH no debe afectar el derecho de la persona a contraer matrimonio o formar una familia, no debe ser un argumento para el divorcio y no debe ser relevante en las decisiones relacionadas con la custodia de los hijos.
- Los derechos de la mujer a la propiedad deben ser asegurados y protegidos, especialmente después de la muerte del esposo o pareja, divorcio o abandono.
- Debe permitirse a los hombres que viven con el VIH sujetarse a la circuncisión si, una vez que estén plenamente informados, desean el procedimiento.
- Los gobiernos, agencias internacionales y ONG deben establecer y monitorear metas concretas para involucrar a las personas que viven con el VIH en todas las actividades relevantes.
- La gente joven debe tener derecho al acceso a servicios médicos confidenciales y no debe necesitar permiso de sus padres para recibir atención en salud sexual y reproductiva, aún si no han llegado a la mayoría de edad.
- Los gobiernos, agencias internacionales y ONG, en colaboración con organizaciones de gente joven que vive con el VIH, deben desarrollar directrices específicas para la consejería, apoyo y atención para las personas que nacen con el VIH, conforme pasan por las etapas de la adolescencia y la adultez.
- En lugar del encarcelamiento, debe proporcionarse tratamiento a las personas usuarias de drogas inyectables, lo que incluye programas de sustitución de opioides y de reducción de daños.
- Las personas transgénero deben ser reconocidas legalmente y debe establecerse procedimientos claros para cambiar su nombre y sexo en documentos oficiales.
- Los servicios de salud en las prisiones deben estar bajo la responsabilidad del sistema de atención a la salud y no del sistema penitenciario, con miras a promover la continuidad de atención conforme las y los prisioneros se reintegran a la comunidad en general.

de los sistemas legales consuetudinarios. Las y los jueces, abogados y quienes administran el derecho consuetudinario y/o religioso, deben también ser educados acerca de las necesidades legales y sociales, así como de los derechos de las personas que viven con el VIH, incluido su derecho a la salud sexual y reproductiva.

Este capítulo aborda las políticas y leyes comunes que afectan a las personas que viven con el VIH, especialmente aquellas relacionadas con la penalización de la transmisión del VIH o con comportamientos sexuales particulares como el sexo anal, la consejería y las pruebas de VIH, los requerimientos que obligan a revelar la condición de VIH, la planificación familiar, el matrimonio y la maternidad, los derechos de herencia y la circuncisión masculina. El capítulo describe la importancia de cada aspecto para la salud sexual y reproductiva; destaca áreas de preocupación potencial relacionadas con los diferentes tipos de leyes y políticas; y, posteriormente, hace referencia a directrices internacionales relevantes relacionadas con los derechos humanos. De manera especial, hace énfasis en la importancia de incluir a las personas que viven con el VIH en la formulación y monitoreo de estas leyes y políticas. El capítulo analiza entonces los aspectos legales y los relacionados con las políticas de salud sexual y reproductiva de poblaciones claves que han sido afectadas por el VIH de manera desproporcionada, mismas que incluyen a la gente joven, las mujeres, las personas dedicadas al trabajo sexual, las que consumen drogas, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, así como a las personas transgénero, prisioneras, migrantes y refugiadas.

Se ha reconocido globalmente el derecho humano al más alto nivel posible de salud; aún así, para muchas personas en el mundo, particularmente las personas que viven con el VIH, este derecho tiene todavía que ser apoyado por políticas y programas concretos. Este capítulo señala el camino hacia la realización del derecho a la salud sexual y reproductiva para todos.

I. Leyes y políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva

Todas las personas tienen derecho al mayor estándar posible de salud,³⁴ y el propósito principal de proporcionar servicios de salud sexual y reproductiva a las personas que viven con el VIH debe ser salvaguardar este derecho. El apoyar las

necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH tiene también claros beneficios para la salud pública, puesto que posibilita que las personas con VIH tengan vidas más saludables y más productivas; así como para proteger a otras personas de la infección. A pesar de esto, la respuesta global a la epidemia del VIH generalmente ha tratado a las personas que viven con el VIH como vectores de la enfermedad más que como personas con sus propias necesidades de salud y derechos sexuales y reproductivos. Al mismo tiempo, en términos generales, no se ha proporcionado a las personas VIH positivas la información, servicios, suministros y apoyo social que necesitan para que de manera efectiva puedan evitar pasar el virus a otras personas. Esta sección destaca algunos de los problemas encontrados con este enfoque y sugiere orientaciones más efectivas para las políticas.

Penalización de la transmisión del VIH

En algunos lugares, la transmisión del VIH a otra persona es un delito penado por la ley. El promulgar leyes específicas relacionadas con el VIH, podría dar la impresión de que las y los parlamentarios y quienes formulan las políticas están tomando “medidas enérgicas contra el VIH” y contra quienes ponen a la gente en riesgo de la infección por VIH. Esto es especialmente cierto en países en donde muchas mujeres están siendo infectadas por sus esposos o por sus parejas sexuales habituales. Sin embargo, **el depender del derecho penal para evitar la transmisión del VIH es contraproducente.**

Las posibles implicaciones negativas de la penalización demasiado amplia de la transmisión del VIH son significativas.³⁵ Ese tipo de leyes no envía el mensaje de que **todas las personas** necesitan tomar medidas para protegerse de las enfermedades transmisibles, lo cual puede debilitar las campañas de salud pública diseñadas a alentar el que todo el mundo practique el sexo más seguro y evite la infección. Estas leyes tampoco ayudan a las personas que viven con el VIH a revelar su condición a su(s) pareja(s) por el temor a las consecuencias negativas, o a tener acceso a servicios de prevención del VIH.

Si bien el temor a las sanciones penales *puede* disuadir a algunas personas de tener relaciones sexuales riesgosas, o compartir agujas y jeringas, es casi seguro que el temor a las sanciones penales influirá para disuadir a quienes están en mayor riesgo de la infección a que se hagan la prueba de

VIH: Si una persona no se ha hecho la prueba y no conoce su condición, en principio no puede ser culpada por transmitir el virus de manera “consciente”. Sin recurrir a la consejería y pruebas, no hay oportunidad de recibir información y apoyo dirigidos al cambio de comportamientos que tienen el riesgo de transmitir el VIH o de tener acceso a los servicios de tratamiento, atención y apoyo. La persona puede incluso ser renuente a buscar tratamiento para las ITS – las que al permanecer sin tratamiento aumentan el riesgo de la transmisión del VIH.

Penalizar los comportamientos sexuales de alto riesgo y de uso de drogas inyectables en las personas que viven con el VIH puede hacer aún más difícil la provisión de educación efectiva



sobre cómo prevenir la infección por VIH. Esto puede debilitar los lazos de confianza entre las personas que viven con el VIH y quienes les dan consejería, si las primeras sienten que la información que revelan durante las sesiones de consejería pudiera ser transmitida a las autoridades encargadas de aplicar la ley. Adicionalmente, la

penalización de la transmisión del VIH puede disuadir de buscar tratamiento antirretroviral o atención prenatal a una mujer embarazada viviendo con el VIH, debido al temor a ser sujeta a proceso penal si su hijo nace VIH-positivo.

Si el derecho penal se usa en este contexto, debe limitarse a las circunstancias excepcionales de la transmisión intencional (en la que alguien se propone infectar a otra persona deliberadamente y de hecho lo hace); y en el contexto de las disposiciones del derecho penal general, en vez de la legislación específica nueva.

Sexo anal

La penalización del comportamiento consensual entre adultos es tan contraproducente como penalizar la transmisión del VIH. No obstante, muchos países han penalizado el sexo anal. **Las leyes nacionales deben reformarse de acuerdo con las directrices internacionales para**

lograr la revocación de las leyes que prohíben las relaciones sexuales consensuales y privadas entre adultos. En donde existan esas leyes, no debe negarse los servicios de salud a las personas sobre la base de sus actividades sexuales reales o supuestas.

Algunos estudios muestran que hasta una tercera parte o más de las parejas heterosexuales y una proporción aún mayor de los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres han tenido relaciones sexuales anales.³⁶ El VIH se transmite mucho más fácilmente a través de las relaciones anales que de las vaginales. Sin embargo, tanto mujeres como hombres pueden rehusarse a hablar sobre ello con sus parejas o con prestadores de servicios de salud debido a que el sexo anal está sujeto a tabú, estigma, negación y homofobia. La penalización del sexo anal solamente intensifica el estigma asociado con su práctica y hace aún mucho más difícil que la gente que lo practica busque la prevención, tratamiento o atención del VIH.

Consejería y pruebas de VIH

Una abrumadora mayoría de personas que viven con el VIH no saben que son VIH-positivas y, por lo mismo, no reciben tratamiento, atención y apoyo de manera oportuna y pueden no tomar las medidas necesarias para evitar la transmisión a otras personas. Ciertamente se necesita realizar esfuerzos para expandir la consejería y pruebas de VIH. Sin embargo, **debe haber políticas implementadas que aseguren que la prueba sea voluntaria y confidencial; y que incluya consejería apropiada antes y después de la prueba, así como acceso al tratamiento, atención y apoyo.**

Es especialmente importante garantizar que las y los proveedores de servicios de salud no revelen la condición de VIH de ninguno de sus clientes, sin su debido y pleno consentimiento informado. Las personas VIH-positivas deben ser apoyadas para que revelen su condición de VIH, pero ellas deben poder decidir cómo y cuándo hacerlo. También es importante garantizar que quienes se hayan hecho la prueba también tengan acceso a servicios adecuados de prevención, tratamiento, atención y apoyo. Quienes formulan las políticas deben tener presente que es probable que la expansión de los programas de pruebas produzca un aumento en la demanda de tratamiento, así como de otras formas de atención y apoyo;

y, también, que deben asegurarse de que exista la capacidad suficiente para satisfacer esa demanda.

Ciertos grupos en algunos países han sido forzados a someterse a pruebas de VIH obligatorias. En particular, las pruebas obligatorias han sido dirigidas hacia personas migrantes, refugiadas o viajeras; personal militar; mujeres embarazadas, niñas y niños que están siendo adoptados o sujetos a órdenes de custodia y/o acceso; parejas que tienen la intención de contraer matrimonio; personas que buscan adquirir una póliza de seguro; pacientes en hospitales, incluidos los pacientes de instituciones de salud mental; prisioneros y otras personas retenidas en recintos cerrados; personas con dificultades en su desarrollo o con discapacidades físicas severas; personas que consumen drogas inyectables; hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; así como empleados, especialmente en ciertas ocupaciones como trabajadores sanitarios, pilotos, algunas órdenes religiosas, artistas, trabajadoras del sexo, choferes de camión y pescadores. Tanto el ONUSIDA como la OMS se oponen a las pruebas obligatorias de VIH, mismas que violan los derechos humanos sin presentar algún beneficio demostrable para la salud pública. Las Directrices Internacionales sobre VIH/SIDA y Derechos Humanos, establecen que la legislación en materia de salud pública, penal y antidiscriminatoria debe prohibir las pruebas obligatorias dirigidas a grupos específicos, incluidas las poblaciones vulnerables.³⁷

Planificación familiar y aborto

En la Conferencia Internacional de SIDA realizada en Barcelona en 2002, varias organizaciones no gubernamentales (ONG) ayudaron a formular la Declaración de Derechos de Barcelona de las mujeres que viven con el VIH, la cual incluye el derecho a la concepción, embarazo seguro y terminación segura del embarazo. Muchas organizaciones dedicadas a la incidencia política dieron continuidad a este esfuerzo emitiendo declaraciones que ponen énfasis en el derecho de las niñas y mujeres para tener y no tener hijos. La conclusión principal de la mayoría de estos documentos es que las mujeres VIH-positivas deben tener el mismo acceso a los servicios de salud reproductiva que sus pares VIH-negativas, así como tener derecho a las mismas opciones.

Con el objeto de planificar sus familias, las mujeres que viven con el VIH tienen la misma necesidad de anticoncepción

que todas las mujeres. Todos los métodos de planificación familiar, incluidos los anticonceptivos hormonales y la anticoncepción de emergencia son buenas opciones para las mujeres VIH-positivas.³⁸ En algunos casos, sin embargo, los programas de terapia antirretroviral han requerido que las mujeres usen ciertos métodos anticonceptivos, definidos por los prestadores de los servicios, para que puedan ser elegibles para tratamiento. Debe establecerse políticas para **asegurar que las mujeres que viven con el VIH, incluidas aquellas que toman medicamentos antirretrovirales, retengan el derecho a tomar sus propias decisiones informadas sobre el uso de anticonceptivos.**

Cualquier método anticonceptivo puede fallar y algunas mujeres con embarazos no planeados pueden decidir no llevar a término sus embarazos. Un diagnóstico de VIH puede motivar a algunas mujeres embarazadas a buscar un aborto³⁹. Sin embargo, muchos países tienen leyes que prohíben o restringen el acceso al aborto seguro: Se estima que un 26 por ciento de las personas residen en países en donde el aborto es prohibido en términos generales.⁴⁰ Unos cuantos países con leyes restrictivas tienen excepciones que permiten que las mujeres VIH-positivas terminen con sus embarazos sobre la base de su condición de VIH. Algunos países permiten que los abortos legales se realicen para proteger la salud de la mujer y, bajo estas políticas, las mujeres que viven con el VIH pueden ser elegibles para servicios de aborto.

En los países en donde el aborto seguro es legal y está disponible, sigue siendo poco claro si las mujeres embarazadas VIH-positivas reciben consejería completa y sin sesgos, que les permita tomar una decisión plenamente informada, lo que incluye información sobre el aborto y los riesgos del embarazo y parto para la salud tanto de la mujer como del feto, así como la prevención de la transmisión de padres a hijos. En Sudáfrica, por ejemplo, no es requerido que las y los prestadores de servicios aborden el tema del aborto como una opción para las mujeres VIH-positivas que enfrentan embarazos no deseados. El problema opuesto también ocurre, habiendo numerosos informes de mujeres embarazadas que viven con el VIH y que son presionadas o sujetas a coerción para que tengan abortos no deseados.⁴¹ Las mujeres que viven con el VIH deben recibir consejería sobre todas las opciones que tienen disponibles. Si la infección con el VIH se considera explícitamente como base para el aborto legal, es importante asegurar que las mujeres embarazadas

sean informadas y aconsejadas sobre tal opción, pero nunca presionadas para someterse a un aborto por la sencilla razón de que son VIH-positivas.

En algunos países, las mujeres que viven con el VIH han sido presionadas a someterse a la esterilización. **La esterilización o el aborto forzosos deben ser prohibidos de manera específica y las políticas vigentes deben garantizar que las mujeres que viven con el VIH tengan acceso a información exhaustiva y exacta sobre todas las opciones de planificación familiar generalmente disponibles y que tengan acceso a dichas opciones, así como al derecho a elegir el aborto en donde sea legal y a la atención postaborto.**



Matrimonio, divorcio y custodia de los hijos

El contraer matrimonio y la maternidad son derechos humanos reconocidos internacionalmente.⁴² **Las personas que viven con el VIH no deben enfrentar restricción alguna sobre su derecho a contraer matrimonio o tener hijos.**

En algunos lugares, las leyes requieren que las parejas obtengan un resultado negativo de la prueba de VIH antes de que se les permita contraer matrimonio, con lo que efectivamente se niega a las personas que viven con el VIH el derecho a contraer matrimonio, aún cuando existen los medios para proteger a las parejas VIH-negativas de la infección. En algunas jurisdicciones se ha considerado un diagnóstico de VIH como base para el divorcio. Tales leyes y prácticas simplemente aumentan el estigma en torno a un diagnóstico de VIH, desalientan a las personas para que busquen servicios de consejería y prueba de VIH y para que revelen un resultado positivo de la prueba a su cónyuge – con lo que es más probable que la infección sea transmitida.

Se ha negado a las personas que viven con el VIH la custodia de sus hijos después de una separación o divorcio, a pesar del hecho de que las personas que viven con el VIH pueden llevar vidas plenamente productivas y ser padres activos y solidarios. La Convención sobre los Derechos del Niño

(Artículo 9) estipula que el criterio primordial en relación con las decisiones para separar a un hijo de su madre o padre es “el interés superior del niño”. **La condición de VIH del padre o madre debe ser irrelevante para las decisiones de custodia de los hijos; y las leyes familiares deben asegurar la protección de los derechos que tienen como padres las personas que viven con el VIH.**

Las parejas del mismo sexo y las personas transgénero enfrentan barreras especiales para contraer matrimonio y formar una familia, sin importar que sean o no VIH-positivas. Aunque muchas personas transgénero contraen matrimonio, la legalidad de esos matrimonios no siempre es clara y está sujeta a la interpretación a nivel nacional (Ej. cuando un miembro de la pareja en un matrimonio heterosexual cambia su sexo ya estando casados). Es importante establecer directrices legales que aseguren que todas las personas, sin importar su orientación sexual o identidad de género, tengan iguales derechos como miembros de una pareja. Especialmente para las personas que viven con el VIH, el tener derechos básicos en la pareja puede ser de importancia crítica – como el derecho a tomar decisiones financieras y las relativas a la salud a nombre de la otra persona en el caso de incapacidad, o el derecho de la persona sobreviviente a gozar de beneficios en caso de muerte de la pareja.

Derecho de las mujeres a la propiedad y la herencia

Las mujeres cuyas parejas enferman y mueren pueden sufrir discriminación, abandono y violencia. Las mujeres de las que hay sospecha de que sean VIH-positivas, enfrentan los mismos problemas. Con frecuencia, las viudas son excluidas de heredar propiedades, lo que significa que pueden ser expulsadas de sus tierras y casas; y, además, ser despojadas de sus posesiones por sus parientes políticos. En algunos países, una mujer viuda es tratada como propiedad que pasa a ser herencia de algún familiar masculino del esposo que ha muerto, lo cual no solamente impide que herede propiedad alguna para sí, sino que también puede resultar en la transmisión adicional del VIH si alguno de ellos es VIH-positivo. Empujadas a vivir en situaciones económicas precarias, las mujeres viudas pueden verse forzadas a adoptar comportamientos de riesgo, simple y sencillamente para satisfacer las necesidades básicas para sí mismas y sus hijos, como el alimento, la vivienda y el vestido.

Las políticas que aseguren que las mujeres retengan la propiedad y control sobre la tierra y activos económicos les apoyarán a lograr un estándar de vida adecuado para sí mismas y sus familias; y pueden ayudar a empoderarlas para negociar la abstinencia, la fidelidad y el sexo más seguro, así como a evitar el intercambio de sexo por dinero, alimentos o vivienda. De manera más general y más allá de asegurar que las mujeres viudas retengan su derecho al hogar marital y no sean forzadas al matrimonio con otros miembros de la familia, quienes formulan las políticas pueden apoyar el derecho de las mujeres a la propiedad, incluso el de las mujeres casadas. Esto incluye el derecho a la posesión de propiedades, participar en contratos, obtener crédito y entablar un litigio. Tales políticas pueden ayudar a apoyar a las mujeres viudas que viven con el VIH a hacerse cargo de sí mismas y de sus hijos, evitando conductas de riesgo y la exposición a embarazos no deseados, así como para que busquen servicios de salud.

Circuncisión masculina

Algunos estudios han mostrado que, bajo condiciones de ensayos clínicos, la circuncisión masculina puede reducir hasta en un 60% el riesgo de que los hombres VIH-negativos sean infectados con el VIH por parte de sus parejas femeninas VIH-positivas durante las relaciones sexuales vaginales; sin embargo, no se ha demostrado que la circuncisión masculina ofrezca alguna protección para las mujeres VIH-negativas ni para las mujeres y hombres VIH-positivos.⁴³ El ONUSIDA y la OMS recomiendan que los países expandan el acceso a los servicios de circuncisión masculina como parte de los programas integrales de prevención del VIH; sin embargo, ponen énfasis en la importancia de desarrollar un marco regulatorio que asegure que estos servicios sean proporcionados de manera segura y ética.^{44 45}

Partir de un enfoque basado en los derechos humanos para el desarrollo o expansión de los servicios de circuncisión masculina, significa asegurar que el procedimiento puede realizarse de manera segura, bajo condiciones de consentimiento informado y sin coerción o discriminación. Debe haber políticas establecidas para asegurar que todos los hombres que opten por la circuncisión masculina reciban información completa sobre sus beneficios y riesgos. **Debe permitirse a los hombres con VIH someterse al procedimiento (a menos que sea contraindicado médicamente), aunque deben ser informados de que no existe evidencia de que el procedimiento protegerá a sus parejas de la infección.** La

circuncisión masculina puede proporcionar una valiosa oportunidad para ofrecer los servicios de consejería y prueba de VIH. Sin embargo, la prueba de VIH no debe ser un prerrequisito para tener acceso a los servicios; las pruebas obligatorias van en contra de los estándares de derechos humanos y pueden desalentar a los hombres a que busquen hacerse la circuncisión.

En donde se proporcione la circuncisión masculina para menores VIH-positivos (niños y adolescentes), el niño debe participar en la toma de decisiones y tener la oportunidad de otorgar su consentimiento en la medida en que sea capaz de ello, dependiendo de su edad. Los padres que son responsables de proporcionar el consentimiento, deben recibir suficiente información relacionada con los beneficios y riesgos del procedimiento, con el fin de determinar lo que sea en el interés superior del niño.

El mayor involucramiento de las personas que viven con el VIH

En términos generales, para asegurar que leyes y políticas apoyen la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos de las personas que viven con el VIH, es esencial que las personas que viven con el VIH desempeñen un rol genuino en la toma de decisiones. Desde que fue adoptado formalmente en la Cumbre del SIDA en París en 1994, el principio del mayor involucramiento de las personas que viven con el VIH (Principio GIPA) ha sido ampliamente aceptado. La experiencia personal de vivir con el VIH proporciona una experiencia invaluable y una perspectiva única sobre el impacto real de políticas abstractas.

Para garantizar la implementación práctica del principio GIPA, **los gobiernos y agencias internacionales deben establecer y monitorear metas concretas para la participación de las personas que viven con el VIH en la selección, diseño, implementación, monitoreo y evaluación de las políticas relacionadas con la salud sexual y reproductiva.** Estas metas deben abordar específicamente la inclusión de los grupos marginados (que incluyen a las mujeres y gente joven), para garantizar la representación de una amplia gama de voces y experiencias.

II. Políticas que afectan a poblaciones claves en mayor riesgo

Ciertos grupos de personas que viven con el VIH enfrentan barreras legales y políticas excepcionales para obtener los servicios de salud sexual y reproductiva que necesitan.

Muchas personas pertenecen a más de uno de estos grupos marginados (por ejemplo, un hombre que vende sexo a otros hombres y que se inyecta drogas, o una trabajadora sexual transgénero, o un adolescente migrante), lo cual multiplica las barreras para recibir atención.

Gente joven

Unos 5.4 millones de personas en el mundo en edades entre los 15 y 24 años están viviendo con el VIH. Debido a que las y los jóvenes tiene mayor probabilidad de buscar atención en un ambiente que sea seguro y acogedor, sin la presencia de gente adulta que potencialmente los juzgue, en la medida de lo posible las políticas en vigor deben promover las clínicas y servicios amigables para los jóvenes. Las escuelas y otras instituciones públicas deben también proporcionar ambientes y políticas que protejan a la gente joven que vive con el VIH.



La educación sexual para la gente joven, incluida la que viven con el VIH, tiene que ser integral, exacta y apropiada para su edad, e incluir información sobre planificación familiar, los peligros del embarazo precoz, así como la prevención, síntomas y manejo del VIH e ITS.

Las personas encargadas de formular las políticas

deben asegurarse de que las directrices y planes de estudio nacionales establecidos apunten hacia estos fines; y que el personal docente sean capacitado para enseñar conforme al plan de estudios y poder responder a las preguntas que tenga la gente joven.

La confidencialidad es un aspecto crítico para la gente joven que vive con el VIH. Ellos necesitan saber que su condición de VIH permanecerá en privado y pueden necesitar apoyo para

decidir cómo revelar su condición a sus familias y parejas.

En los lugares en donde hay requerimientos legales para que el padre o guardián otorgue su consentimiento para que una persona joven tenga acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva, tales leyes y políticas deben cambiar, en tanto restringen seriamente el acceso de la persona joven a los servicios. De manera similar, el hecho de revelar el resultado de la prueba o las preocupaciones de salud reproductiva a los padres, disuade a las y los jóvenes para que busquen apoyo y se hagan la prueba. Después de cualquier reforma a las leyes o políticas dirigida a proporcionar una mayor protección al derecho de la gente joven a la confidencialidad y al acceso a los servicios, es importante que las y los prestadores de servicios de salud reciban la capacitación adecuada y comprendan que es su deber el proteger el derecho de la gente joven a la confidencialidad.

Muchos países toman como base la edad en que las personas jóvenes pueden contraer matrimonio para limitar la edad mínima en pueden otorgar el consentimiento para tener relaciones sexuales. Es importante que **se permita a las y los adolescentes obtener servicios de salud sexual y reproductiva aún si son menores a la edad de consentimiento para tener relaciones sexuales.**

Las nuevas vacunas contra el virus del papiloma humano (VPH) tienen el potencial de proteger tanto a hombres como mujeres contra los cánceres reproductivos, siempre y cuando sean administradas antes de que la persona haya quedado expuesta a una cepa de VPH de alto riesgo. Conforme los países van desarrollando mecanismos para aplicar las vacunas, deben asegurarse de que los programas sean accesibles y asequibles; que estén dirigidos tanto a los hombres como a las mujeres jóvenes; y que no nieguen la vacuna a quienes viven con el VIH.

En general, los marcos de referencia y planes de estudio nacionales deben hacer más para abordar las preocupaciones en materia de salud sexual y reproductiva de la gente joven que ya está viviendo con el VIH, lo que incluye la formación de relaciones, la práctica del sexo seguro, el sexo placentero y la revelación de su condición. Los programas existentes tienden a ignorar las necesidades de la gente joven que ha sido VIH-positiva desde su nacimiento, en gran parte porque hasta época reciente no se esperaba que los infantes VIH-positivos sobrevivieran hasta la adolescencia. **Debe revisarse**

las directrices para que aborden la situación de la gente joven que nació VIH-positiva, así como de quienes fueron infectados en una etapa posterior.

Personas dedicadas al trabajo sexual

El trabajo sexual tiene lugar en todo el mundo y puede ser legal, regulado o ilegal. La prevalencia de VIH usualmente es mayor entre las y los trabajadores del sexo que en la población en general. Sin embargo, pocos trabajadores del sexo reciben adecuados servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. Además, los programas que sí abordan el VIH y el trabajo sexual con frecuencia sólo se concentran en reducir el riesgo a través de terminar con el trabajo sexual en lugar de empoderar a las y los trabajadores sexuales, incluidos aquellos que son VIH-positivos, para que protejan y atiendan su propia salud.

En donde el trabajo sexual es ilegal, puede suceder que las y los trabajadores del sexo eviten los servicios de salud, incluidos los de salud sexual y reproductiva y de atención y tratamiento del VIH, por temor a que su nombre, condición de VIH y otra información personal se ponga a disponibilidad de la policía u otras agencias gubernamentales. Dependiendo de si existen o no los programas de alcance comunitario, las y los trabajadores del sexo pueden carecer de información concerniente a dónde deben acudir para recibir tratamiento para el VIH y otras ITS, así como de las habilidades para negociar con sus clientes o para tener un suministro adecuado de condones. Las y los trabajadores del sexo pueden también tener dificultad para obtener servicios de atención a la salud debido a que se les excluye ya sea de los seguros de atención a la salud pública con base en el empleo, o de los sistemas de bienestar social. Además, cuando las personas dedicadas al trabajo sexual se deciden a buscar los servicios, pueden encontrar que las y los trabajadores sanitarios no simpatizan con sus necesidades. En donde la ley limita o persigue la participación en el trabajo sexual, es importante asegurar que permanezcan intactos los derechos de las y los trabajadores del sexo a recibir los servicios, la información y la educación relacionados con el VIH y la salud sexual y reproductiva.

Las personas dedicadas al trabajo sexual experimentan graves niveles de violencia de parte de sus parejas sexuales y de la comunidad. Más del 90% de las trabajadoras del sexo en Phnom Penh, por ejemplo, informan que fueron violadas en el año anterior.⁴⁶ La condición ilegal del trabajo sexual

con frecuencia hace más difícil castigar a los autores de las agresiones violentas. Los programas de VIH y salud sexual y reproductiva para trabajadoras del sexo deben integrar servicios que reduzcan la probabilidad y los efectos de la violencia. Esto puede incluir el trabajo con la policía local y los líderes de la comunidad para mejorar las actitudes hacia las personas dedicadas al trabajo sexual, así como servicios legales que apoyen a las mujeres que deseen declarar en contra de los abusos que se cometen en su contra.

Algunos países han intentado reducir la transmisión del VIH a través de políticas que evitan que las personas que viven con el VIH vendan sexo. Ese tipo de leyes puede simplemente desalentar a que las y los trabajadores del sexo que sospechan que pueden ser VIH-positivos se hagan la prueba, o de que busquen algún servicio de salud. En lugar de castigar a las personas que viven con el VIH, los programas deben proporcionar pruebas confidenciales y voluntarias de VIH y el tratamiento correspondiente, prevención y manejo de ITS, condones masculinos y femeninos, así como servicios anticonceptivos. En donde el trabajo sexual es ilegal, las políticas deben incluir disposiciones especiales dirigidas a las y los trabajadores del sexo que han sido víctimas de trata o de coerción para involucrarse en el trabajo sexual. Las personas que han sido víctimas de coerción no deben ser procesadas; más bien, deben ser referidas a los servicios apropiados de consejería, atención y apoyo, incluidos los servicios de VIH.

Personas que consumen drogas

A nivel mundial, se estima que 13 millones de personas se inyectan drogas, mientras que varios millones más usan drogas no inyectables. El hecho de compartir agujas entre usuarios de drogas inyectables representa un 5-10% de las infecciones por VIH a nivel mundial. Las personas que usan drogas de cualquier clase también tienden a ser más propensas que las no usuarias a tomar riesgos sexuales. Las necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que consumen drogas, especialmente de las que son VIH-positivas no deben ser desatendidas.



El uso de drogas es altamente estigmatizado tanto dentro de la comunidad en general como entre las y los trabajadores sanitarios. Esto significa que los servicios de salud, incluidos el tratamiento del VIH y la atención a la salud sexual y reproductiva pueden no estar disponibles para las personas que consumen drogas. Las y los usuarios de drogas pueden también carecer de la capacidad o voluntad para buscar servicios por temor a la recriminación o encarcelamiento.

Como alternativa al procesamiento legal, algunos países registran oficialmente a las y los usuarios de drogas, especialmente a las mujeres embarazadas que se inyectan drogas y que están buscando servicios de maternidad y de salud. Debido a que las personas registradas pueden ser excluidas de participar en ciertas formas de empleo, recibir una licencia de manejo o ser elegibles para vivienda apoyada por el estado u otros beneficios, tales “alternativas” también actúan como barreras importantes para la búsqueda de atención. **Los programas de tratamiento tienen mayor probabilidad que el encarcelamiento o el registro oficial para alentar a las personas que usan drogas a que busquen y reciban servicios de salud, así como para terminar con o manejar mejor el uso de drogas.**

Los programas de reducción de daños, como en el caso de los programas de intercambio de agujas estériles y jeringas, han demostrado su efectividad para la prevención del VIH y otras infecciones de transmisión sanguínea; y son consideradas como “mejores prácticas” a nivel internacional en la prevención del VIH. Algunos gobiernos han adoptado ordenanzas para permitir el intercambio anónimo de agujas y el establecimiento de sitios de inyección supervisada. Cuando los servicios expandidos de prevención del VIH se hacen disponibles en esos lugares, las personas que consumen drogas pueden tener mejor acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva sin temor al arresto. Los beneficios de los programas de reducción de daños aumentan considerablemente cuando van no se limitan al mero intercambio de jeringas para incluir educación, consejería y opciones de referencia al tratamiento del VIH. Cuando los servicios se expanden para incluir esta gama más amplia de opciones, los programas de reducción de daños también ayudan a que las personas que viven con el VIH obtengan el tratamiento y se protejan a sí mismas de ITS y embarazos no planeados.

De manera similar, la terapia de sustitución y mantenimiento para la dependencia de opioides puede ser parte de programas más amplios que ofrezcan servicios de salud sexual y reproductiva, así como información y consejería relacionada con el VIH. La terapia de sustitución puede ser proporcionada de manera ambulatoria, lo cual anima a las personas a permanecer más tiempo en los programas y a usar servicios relacionados con la atención a problemas de salud, psicológicos, familiares, de vivienda, de empleo, financieros y también legales. Tales programas ofrecen importantes oportunidades para ampliar la prevención del VIH y mejorar la administración de terapia antirretroviral a personas usuarias de drogas que viven con el VIH.

Hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres

Las relaciones sexuales entre hombres ocurren en cada cultura y sociedad, aunque no siempre se reconocen públicamente. Los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres pueden estar a un mayor riesgo de la infección por VIH si tienen múltiples parejas sexuales, usan condones de manera irregular o se inyectan drogas. Las relaciones anales sin protección conllevan un muy alto riesgo de infección por VIH. Si bien las estadísticas son incompletas y varían ampliamente de país a país, se estima que al menos un 5–10% de las infecciones con VIH en el mundo ocurren a través de relaciones sexuales entre hombres.⁴⁷

Todas las personas tienen derecho a la protección plena de sus derechos humanos, sin importar su orientación sexual o identidad de género. En marzo de 2007, un grupo de expertos en derechos humanos internacionales pronunció los Principios de Yogyakarta⁴⁸, los cuales aplican la legislación internacional existente sobre derechos humanos específicamente a los aspectos de orientación sexual e identidad de género. Estos Principios ponen énfasis en el derecho humano a decidir responsable y libremente sobre asuntos relacionados con la sexualidad, incluida la salud sexual y reproductiva, de manera libre de coerción, discriminación y violencia. La salud sexual y reproductiva se reconoce como un aspecto fundamental del derecho al más alto nivel posible de salud física y mental.

En muchos países, sin embargo, la sexualidad es un tema tabú y las relaciones sexuales entre hombres son desaprobadas socialmente, prohibidas por la ley o penalizadas. Como

resultado, algunos trabajadores sanitarios y empleadores discriminan a los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres; y la policía puede acosarlos o arrestarlos a ellos o incluso a quienes tratan de proporcionarles servicios de VIH e ITS. Además, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres pueden preferir ocultar sus conductas sexuales y síntomas médicos a las y los prestadores de servicios de salud, con el resultado de que las ITS queden sin diagnosticar y sin tratamiento. Tales dificultades se ven agravadas para los hombres que viven con el VIH, quienes deben enfrentar el estigma combinado de la infección con VIH y las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo.

Aún en los casos en que las relaciones sexuales entre hombres no sean penalizadas en sí mismas, los países pueden prohibir tipos específicos de conducta sexual (como el sexo anal), lo cual en efecto penaliza a muchos hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y los desalienta para buscar servicios. Las leyes pueden también establecer diferentes edades para el consentimiento sexual de las relaciones heterosexuales y de las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, lo cual implica que las relaciones entre personas del mismo sexo no son “normales”. Tales leyes pueden también disuadir a los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres para que busquen servicios o para que se comuniquen abiertamente con las y los trabajadores sanitarios. Para remover las barreras al acceso de los servicios de salud que son necesarios, **debe evitarse el uso del derecho penal para regular los actos sexuales consensuales que se realizan en privado entre adultos.**

Personas transgénero

Las personas transgénero con frecuencia enfrentan mayores riesgos de infección por VIH debido a razones que incluyen el tener múltiples parejas sexuales; usar condones de manera irregular; inyectarse drogas y/u hormonas; y participar en el trabajo sexual. Sin embargo, ellas han sido en gran parte ignoradas en los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH a pesar de que, en repetidas ocasiones, han solicitado servicios ajustados a sus necesidades. Por otra parte, las personas transgénero pueden tener dificultades para obtener tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH debido a un ingreso bajo, a la falta de seguro de salud o por temor a revelar su condición de transgénero. Aún cuando intenten obtener los servicios, las personas transgénero pueden ser acosadas verbalmente

o maltratadas, abiertamente excluidas de los programas, o encontrarse con trabajadores sanitarios que no saben cómo proporcionarles una atención adecuada.

La predominante estigmatización de las personas transgénero agrava enormemente el riesgo que tienen de la infección por VIH y disminuye su capacidad de obtener atención y tratamiento relacionados con el VIH. La estigmatización resulta en marginación social, lo que incluye la negación de oportunidades educativas, de empleo y de vivienda. Tal marginación reduce la autoestima; aumenta la probabilidad del uso de drogas y del trabajo sexual para sobrevivir; y disminuye la probabilidad de adoptar prácticas más seguras para las relaciones sexuales y la inyección de drogas. El estigma y la marginación también crean barreras directas para obtener atención a la salud, incluidos los servicios de salud sexual y reproductiva, así como el tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.

La situación legal de las personas transgénero varía de país a país. Pocos países tienen leyes que reconocen a las personas transgénero o que las protegen de la discriminación⁴⁹. Debido a que, en efecto, esta falta de reconocimiento deja a las personas transgénero legalmente invisibles, los gobiernos en gran parte ignoran sus necesidades, incluidas sus necesidades relacionadas con el VIH y la salud sexual y reproductiva. Para mejorar el acceso a los servicios, **los gobiernos deben avanzar para reconocer legalmente a las personas transgénero en su propio derecho.**

Otra confusión es la designación del sexo en los documentos legales (como las licencias de manejo y certificados de nacimiento) y en los registros médicos. En algunos países, un cambio de la designación legal del sexo puede proceder solamente después de la cirugía genital para las personas que cambian de hombre a mujer, o la reconstrucción del pecho y la histerectomía para las personas transgénero que cambian de mujer a hombre. Además, un cambio legal con frecuencia es imposible para las personas que están casadas (debido a que el matrimonio entre personas del mismo sexo es ilegal en la mayoría de los países). Como la cirugía no está disponible en la mayoría de los países y muchas personas transgénero no la desean; y debido a que muchas personas transgénero están casadas, un gran número de personas que han realizado plenamente la transición todavía tienen un sexo legal que no corresponde a su identidad de género o apariencia. Como

resultado de esto, las personas transgénero pueden rehusarse a mostrar una identificación, lo cual les impide el acceso a servicios, incluida la atención a la salud.

Por otra parte, muchas personas que llevan a cabo la transición cambian sus nombres para que correspondan mejor a su identidad o expresión de género. Sin embargo, un cambio legal de nombre es un proceso caro y que requiere mucho trabajo, pues involucra cambios a todos los registros e identificaciones. Durante este proceso, diferentes agencias pueden tener diferentes nombres registrados, lo que crea problemas adicionales en relación con el acceso a los servicios.

El simplificar los procedimientos para cambio de nombre y sexo podría hacer mucho más fácil para las personas transgénero, especialmente las que viven con el VIH, el obtener la atención que necesitan para su salud sexual y reproductiva.

Personas en prisión

Cerca de diez millones de personas están reclusas en instituciones penales en todo el mundo. La infección con VIH está extendida en los sistemas penitenciarios del mundo, con tasas de prevalencia muy por encima de los promedios nacionales. Usualmente, las prisiones también tienen una mayor prevalencia de otras enfermedades como la hepatitis B y C, sífilis y tuberculosis; y las personas en prisión son con frecuencia co-infectadas con dos o más de estas enfermedades.



Muchas personas en prisión pertenecen a grupos que de antemano son vulnerables al VIH, como las que usan drogas inyectables, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, las personas que se dedican al trabajo sexual y las migrantes. Muchas personas prisioneras son jóvenes. Algunas pueden ser infectadas antes del encarcelamiento; otras se

infectan durante el encarcelamiento a través de actividades de riesgo como el consumo de drogas inyectables, los tatuajes y las relaciones sexuales sin protección. En algún momento, la gran mayoría de los prisioneros son liberados y regresados

a sus comunidades, por lo que proporcionar tratamiento, atención y apoyo a quienes son VIH-positivos también protegerá a la comunidad en general.

La carencia de recursos y la baja prioridad de los presupuestos para las prisiones es un grave reto para la salud, incluida la salud sexual y reproductiva de las personas en prisión. Las iniciativas de VIH enfrentan barreras adicionales debido a que los funcionarios y personal de los sistemas penitenciarios, así como quienes formulan las políticas, pueden negar que las relaciones sexuales entre hombres ocurran en sus prisiones o pueden oponerse a la distribución de condones porque pudiera parecer permisiva de comportamientos ilegales e “inmorales”. En Malawi, por ejemplo, cuando la ONG Banja la Mtsogolo trabajó para educar a prisioneros y darles tratamiento para las ITS, algunos funcionarios de las prisiones se rehusaron a aceptar que algunas actividades sexuales estaban teniendo lugar y prohibieron la distribución de condones.⁵⁰ La educación de funcionarios puede ser un primer paso esencial en cualquier intervención.

Otro problema para la prestación de los servicios de salud en las prisiones es que, con frecuencia, esta función queda bajo la responsabilidad del propio servicio penitenciario, en lugar de estar bajo la responsabilidad de la infraestructura nacional de salud que presta atención a las personas que no están en prisión. **Cuando el Ministerio de Salud supervisa la atención que se le presta, es más probable que las y los prisioneros reciban el mismo acceso a la atención a la salud que está disponible fuera de la prisión – incluido el tratamiento y atención del VIH, el tratamiento para infecciones oportunistas, el manejo de ITS y las vacunas contra la hepatitis A y B y el VPH.**

Personas migrantes

Unos 191 millones de personas en el mundo son migrantes que viven en países extranjeros, además de los cientos de millones de personas que han migrado dentro de sus propios países.⁵¹ Las crecientes demandas de empleo y las cada vez más amplias disparidades entre países, alientan a las personas a mudarse a países más ricos para mejorar sus perspectivas, ya sea de manera estacional, por períodos más extendidos o en forma permanente. Algunas de estas personas pueden hacer tales movimientos de manera legal, mientras que otras migran ilegalmente.

Frecuentemente, la prevalencia de VIH es elevada en las comunidades migrantes. La migración, por ejemplo, ha sido identificada como un factor significativo en la rápida propagación del VIH en el sur de África. El proporcionar a las personas migrantes mejores servicios de prevención, atención y tratamiento del VIH, así como servicios de salud sexual y reproductiva de una manera más generalizada, tendría amplios beneficios para la salud pública de las comunidades beneficiarias, así como para los propios migrantes. Sin embargo, estas necesidades generalmente no son parte de las agendas gubernamentales.

En lugar de ello, las y los migrantes son tratados como una amenaza para la salud pública. En el caso de migrantes que viven con el VIH, muchos gobiernos se han enfocado primeramente en hacerlos sujetos de exclusión. Las restricciones para viajar y para inmigrar con frecuencia requieren que las personas demuestren que son VIH-negativas antes de poder entrar o permanecer en un país. El requerir la prueba del VIH bajo tales circunstancias es similar a las pruebas obligatorias; y, en muchos casos, no se hacen con una consejería pre y post prueba apropiada, ni se toman las medidas necesarias para salvaguardar la confidencialidad. Un resultado VIH-positivo en estos casos significa que la persona sea excluida de entrar al país o sea deportada.⁵²

Además de ser discriminatorias, las restricciones de entrada, permanencia y residencia carecen de una justificación en términos de la salud pública. La educación y apoyo para promover los cambios de comportamiento han demostrado ser más efectivos y duraderos que las medidas restrictivas – las cuales pueden disuadir a nacionales y no nacionales por igual de acercarse para utilizar los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH. Las restricciones contra los migrantes que viven con el VIH puede crear la equivocada impresión en el público en el sentido de que el VIH es un problema “extranjero”, que puede controlarse a través de medidas como los controles fronterizos, en lugar de hacerlo a través de una adecuada estrategia de salud pública y otros métodos de prevención.

No hay evidencia que sugiera que las restricciones específicas relacionadas con el VIH y que se aplican en forma generalizada para la entrada, permanencia y residencia tengan una justificación económica⁵³. Con un mayor acceso a la terapia antirretroviral, las personas que viven con el VIH están

actualmente teniendo unas vidas laborales más duraderas y productivas. Las preocupaciones sobre los migrantes como “sangría de los recursos de salud” deben ser comparadas con su contribución potencial a una sociedad. En tales análisis, el VIH debe ser considerado como cualquier otra condición de salud. Australia y Canadá, por ejemplo, aplican este tipo de criterios al evaluar si admiten a inmigrantes VIH-positivos.

Sin embargo, aún si un migrante VIH-positivo entra a un país de manera legal, su acceso a los servicios de salud puede estar severamente restringido. En muchos países, la atención a la salud está ligada al empleo o la ciudadanía. Muchas personas que migran se involucran en trabajos domésticos o del sector servicios con bajas remuneraciones, en actividades que los ciudadanos del país anfitrión no desean realizar; generalmente, tales trabajos no incluyen seguro de salud u otros beneficios; y son pocos los migrantes con bajos ingresos que pueden pagar por sí mismos los servicios de salud. Las dificultades para obtener servicios de salud se ven agravadas para quienes han entrado ilegalmente a un país.

Personas refugiadas y desplazadas internamente

A fines de 2006 había cerca de 10 millones de personas refugiadas en el mundo. Habiendo sido desarraigadas de sus hogares, comunidades y redes sociales para escapar del conflicto, persecución o violencia; habiendo perdido sus medios para ganarse la vida; careciendo de acceso a servicios de salud de calidad; habiendo interrumpido su educación; y, en muchos casos, estando sujetas a violencia sexual y explotación, las personas refugiadas están en un creciente riesgo de tener múltiples problemas de salud sexual y reproductiva, incluida la infección por VIH. La mayoría de las personas refugiadas vive dentro de comunidades anfitrionas, no en campamentos; y muchas de ellas son desplazadas de sus lugares de origen por extensos períodos de tiempo. Como resultado, la falta de abordaje de sus necesidades relacionadas con el VIH no solamente niega a las personas refugiadas sus derechos, sino que debilita los esfuerzos para responder al VIH en las comunidades anfitrionas.

Aún así, las personas refugiadas son pasadas por alto en los Planes Estratégicos Nacionales de VIH en la mayoría de los países anfitriones. Las y los refugiados con frecuencia carecen de acceso a suministros para la prevención del VIH, de programas o de la atención y apoyo básicos relacionados con el VIH. A pesar de las mejoras en la disponibilidad de la terapia

antirretroviral, son sumamente pocas las personas refugiadas que reciben tratamiento. Los altos niveles de violencia sexual en los campamentos de refugiados y de personas desplazadas, así como el riesgo resultante de infección por VIH, podrían ser abordados parcialmente al garantizar que las mujeres residentes tengan acceso seguro a los alimentos, combustibles, agua y a otros servicios en los campamentos.



En algunos países, los gobiernos hacen obligatorias las pruebas de VIH para personas refugiadas y desplazadas internamente, con la equivocada creencia de que esto ayudará a prevenir la transmisión del VIH. Al igual que en la población en general, las pruebas de VIH en personas refugiadas deben ser voluntarias y confidenciales, acompañadas de consejería

y proporcionadas junto con el acceso a las mejores opciones disponibles de atención y tratamiento.

III. Vinculación de las reformas legales con la salud sexual y reproductiva

Las leyes y políticas nacionales podrían ser reformadas de varias maneras para apoyar mejor la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH. Algunas de éstas tienen que ver directamente con los servicios de salud sexual y reproductiva (por ejemplo, asegurar que en caso necesario la gente joven tenga acceso a estos servicios sin que sea obligatorio el consentimiento de los padres), mientras que otras mejoran la salud sexual y reproductiva a través del fomento de un ambiente de mayor apoyo en otras áreas (por ejemplo, asegurando que las mujeres que viven con el VIH puedan heredar las propiedades de sus esposos).

Es igualmente importante asegurar que las políticas beneficiosas en realidad sean implementadas en el terreno. Los acuerdos internacionales y regionales pueden proporcionar lineamientos y, en algunos casos, los recursos legales individuales cuando son violados los estándares de los derechos humanos.⁵⁴ A nivel nacional, las instituciones

locales de derechos humanos (Ej. un Defensoría del Pueblo o una comisión de Derechos Humanos) pueden trabajar en el monitoreo de la implementación y aplicación de las leyes. Los tribunales pueden también tener la capacidad de hacer cumplir las obligaciones legales para proteger la salud y los derechos sexuales y reproductivos.⁵⁵

También, los gobiernos necesitan comprender mejor la dimensión y las necesidades específicas de las poblaciones claves, especialmente de aquellos grupos que están en un mayor riesgo del VIH y que, con frecuencia, están marginados o que son difíciles de localizar. Las encuestas nacionales y los sistemas de vigilancia epidemiológica del VIH existentes, deben recolectar datos sobre la salud sexual y reproductiva de grupos que incluyen a la gente joven, a las personas dedicadas al trabajo sexual, a hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, a personas transgénero y a las que consumen drogas. Por su parte, los gobiernos y donantes deben también apoyar la investigación epidemiológica, social y conductual para y por estos grupos.

Todos los esfuerzos para desarrollar leyes y políticas en esta área deben ser emprendidos con el pleno involucramiento de las personas que viven con el VIH, incluidas las personas que pertenecen a grupos marginados. Las organizaciones de personas que viven con el VIH ya han tomado el liderazgo en el desarrollo de herramientas y metodologías para monitorear los avances. Por ejemplo, GNP+, ICW, IPPF y el ONUSIDA han desarrollado un Índice y una metodología para medir el Estigma de las Personas que Viven con VIH.⁵⁶ La Coalición Mundial sobre Mujeres y SIDA, IPPF, UNFPA y Young Positives han producido tarjetas informativas para fortalecer las estrategias de prevención del VIH para niñas y mujeres jóvenes⁵⁷; y la Coalición Internacional de Activistas en Tratamiento ha publicado una serie de evaluaciones sobre qué tan bien están preparados los países para ampliar la terapia antirretroviral⁵⁸.

En conjunto con sistemas de salud y comunitarios más sólidos y solidarios, así como con esfuerzos de incidencia política con una base sólida y apoyados en la experiencia, las reformas legales y políticas pueden permitir que las personas que viven con el VIH experimenten vidas sexuales satisfactorias, plenas y saludables, tengan hijos saludables de manera segura, reduzcan los embarazos no planeados y minimicen la transmisión de las ITS, incluido el VIH.

4

INCIDENCIA POLÍTICA EFECTIVA

Las personas que viven con el VIH han estado abordando el tema de las relaciones sexuales y la reproducción desde el principio de la epidemia. El VIH y el SIDA forzaron a los hombres gay a redefinir su sexualidad y a incorporar el uso del condón para protegerse a sí mismos y a sus parejas del VIH y otras ITS. Desde Norteamérica hasta Australia, estas personas articularon exitosamente mensajes de “sexo más seguro” como parte de las campañas de educación de pares. Por su parte, las organizaciones de mujeres que viven con el VIH han ampliado la discusión para incluir temas y opciones relacionadas con la reproducción, lo que incluye la anticoncepción, fecundidad, embarazo, aborto, parto y amamantamiento.

Los programas y políticas, sin embargo, han sido lentos en el abordaje de la gama completa de aspectos de salud y derechos sexuales y reproductivos en conexión con la vulnerabilidad al VIH, el impacto del SIDA y el bienestar general de las personas que viven con y que están afectadas por el VIH. Para que sean efectivos, las necesidades y derechos de las personas que viven con el VIH deben constituir un elemento central de los esfuerzos para desarrollar e implementar las políticas y programas relacionados con el VIH.

Al principio de la epidemia, el enfoque se centró en la prevención del VIH, especialmente en los “grupos de personas vulnerables”, algunas veces sin reconocer que las personas con una mayor

vulnerabilidad a la infección por VIH generalmente tienen las mismas necesidades sexuales y reproductivas que cualquier otra persona. En 1996, una triple combinación de terapia antirretroviral demostró su efectividad en la reducción de la carga viral y la progresión de la enfermedad; desde entonces, los esfuerzos de incidencia política, seguidos por programas, comenzaron a enfocarse en proporcionar tratamiento.

Las mejoras en el acceso de la terapia antirretroviral fueron y continúan siendo, impulsados por los esfuerzos de las personas que viven con el VIH. Las y los activistas hablaron clara y persistentemente a favor del acceso al tratamiento como un tema de derechos humanos. También demostraron que el tratamiento apoya los esfuerzos de prevención; las personas tienen mayor voluntad de hacerse la prueba si el tratamiento está disponible; y el tratamiento reduce las cargas virales que pueden disminuir la probabilidad de infectar a otras personas. Estos poderosos argumentos condujeron a la realización de esfuerzos internacionales como la iniciativa “3 por 5” de la OMS, el programa PEPFAR de los Estados Unidos y el Fondo Colaborativo de Preparación para el Tratamiento del VIH.

Sin embargo, la mayoría de los esfuerzos mundiales para aumentar el acceso al tratamiento no han abordado la salud y los derechos sexuales y reproductivos. Algún trabajo temprano ha ocurrido en esta área. La ICW ha sido una voz pionera, habiendo realizado investigaciones desde el año 2000 sobre las vidas sexuales y reproductivas de las mujeres que viven con el VIH;

ya ha utilizado sus hallazgos como elemento central de su trabajo de incidencia política. En 2005, la OMS, IPPE, ONUSIDA y UNFPA produjeron un marco de referencia para los vínculos prioritarios en materia de salud sexual y reproductiva y VIH. En 2006, EngenderHealth trabajando conjuntamente con la Universidad de Harvard, ICW, Ipas y UNFPA, condujeron un foro electrónico sobre temas de salud sexual y reproductiva. EngenderHealth e ICW han desarrollado desde entonces un manual de capacitación que aborda los aspectos de VIH y salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas.



Para poder hacer algo más que apoyar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH, se requerirá de una política concreta y cambios programáticos en muchas áreas, incluidas la educación sexual, la consejería y pruebas de VIH, la planificación familiar, los servicios de atención al embarazo y parto, el matrimonio y los sistemas para el diagnóstico y tratamiento de las ITS, cánceres reproductivos y disfunción sexual. En los Capítulos Dos y Tres de este Paquete de Orientación expusimos recomendaciones específicas para los siguientes pasos a dar en esas áreas.

Promover estas recomendaciones dará impulso, en gran medida, a la agenda de incidencia política en esa área.

Sin embargo, también hay trabajo de incidencia política que realizar aparte de la reforma legal y el mejoramiento de la prestación de los servicios de salud. Las y los activistas tienen que luchar contra el estigma y discriminación que se dirige a las personas que viven con el VIH, las actitudes patriarcales hacia las mujeres y la gente joven, la marginación de muchos grupos de personas con mayor vulnerabilidad al VIH, la

RECOMENDACIONES DE INCIDENCIA POLÍTICA

- Las personas que viven con el VIH deben ser capacitadas e involucradas en los programas de educación comunitaria para superar el estigma.
- La violencia sexual debe ser reconocida y perseguida como un crimen.
- Debe involucrarse a hombres y niños en los programas para terminar con la violencia basada en el género.
- Las y los activistas deben asegurarse de que los programas dirigidos a reforzar la participación de las personas que viven con el VIH, también ayuden a fortalecer las habilidades necesarias. En particular, las mujeres y la gente joven deben recibir capacitación para la incidencia política.
- Las y los activistas que trabajan a favor de las personas que viven con el VIH deben colaborar con otros grupos, incluidos aquellos que defienden los derechos de las y los trabajadores del sexo, de las personas que consumen drogas, de los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las minorías étnicas, así como las personas migrantes, refugiadas y prisioneras.
- Los gobiernos, las agencias internacionales y las ONG deben apoyar programas para la generación de ingresos, especialmente mediante el empleo directo de las personas que viven con el VIH y remunerarles por su trabajo.
- Las personas que viven con el VIH deben conducir sus propias investigaciones en materia de salud sexual y reproductiva y deben realizar contribuciones sustantivas a las investigaciones realizadas por otros grupos. Las áreas específicas que necesitan investigación adicional médica o social incluyen:
 - Los efectos de las terapias antirretrovirales en el desarrollo fisiológico de la gente joven VIH-positiva, incluida su salud sexual y reproductiva;
 - Los derechos y necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas transgénero que son VIH-positivas;
 - La documentación de leyes que penalizan la transmisión del VIH y el sexo anal y sus implicaciones para el acceso a la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH;
 - La documentación de la discriminación en las instituciones de salud contra los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres;
 - La documentación de la discriminación en los centros de salud sexual y reproductiva y otras instituciones que ofrecen servicios similares, en contra de las mujeres que viven con el VIH; y
 - Los riesgos y beneficios de la circuncisión masculina para los hombres que viven con el VIH y sus parejas masculinas o femeninas.
- Las y los activistas deben usar herramientas para monitorear la observancia de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA y los tratados internacionales de derechos humanos; y proporcionar informes alternativos a los organismos encargados del monitoreo.
- Las personas que viven con el VIH deben formar alianzas y establecer acuerdos de colaboración con instituciones gubernamentales, organizaciones de salud y otros grupos profesionales, asociaciones de abogados y funcionarios judiciales, así como instituciones nacionales de derechos humanos para incidir políticamente a favor de una mayor atención a la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos, como parte de la respuesta nacional al SIDA así como de esfuerzos complementarios.

pobreza persistente y la falta de coordinación y colaboración. Este capítulo explorará estos retos y señalará áreas en las que activistas y ONG puede trabajar para superarlos. Posteriormente, sugerirá algunas formas para mejorar la capacidad de las organizaciones relacionadas con la salud sexual y reproductiva, así como de las redes de personas que viven con el VIH, para incidir políticamente a favor de la salud y los derechos sexuales y reproductivos, de tal forma que sus esfuerzos se traduzcan en acciones. En el Apéndice hay más información sobre los recursos y herramientas específicos que se mencionan en este capítulo.

I. Retos para una incidencia política efectiva

Para hacer realidad la salud y los derechos reproductivos de las personas que viven con el VIH, las y los activistas tendrán que superar muchas barreras. En muchos casos, los mismos factores que hacen que las personas sean vulnerables a la infección por VIH, también disminuyen su capacidad de involucrarse en algún tipo de trabajo de incidencia política; y, específicamente, dificultan la discusión acerca de la sexualidad y la reproducción. Las organizaciones de incidencia política deben trabajar tanto externa como internamente para fomentar un ambiente en donde las personas que viven con el VIH tengan la libertad y la capacidad de incidir a favor de su propia salud y derechos, como se describe en esta sección.

Estigma y discriminación relacionados con el VIH

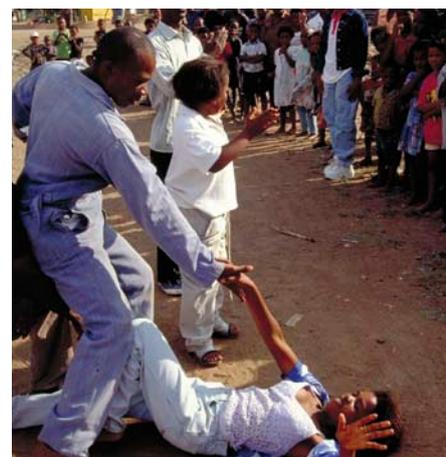
El estigma y la discriminación relacionados con el VIH están fuertemente enraizados en la sociedad. El estigma y la discriminación afectan la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH: por ejemplo, los trabajadores sanitarios, al pensar que un diagnóstico VIH-positivo debe significar poner fin a la vida sexual, pueden no dar a las personas que viven con el VIH la información apropiada sobre salud sexual y reproductiva; y, de manera más amplia, el temor al estigma puede llevar a que las personas que viven con el VIH eviten acudir a los servicios de salud o bien a ocultar a los trabajadores sanitarios que tienen actividad sexual, con lo que pierden la oportunidad de recibir la información y atención adecuadas.

El estigma también evita que las personas diagnosticadas con el VIH se unan a organizaciones de personas que viven

con el VIH o que se involucren en el activismo relacionado con el VIH, pues muchas personas tienen temor de revelar su condición en público. Quienes se expresan abiertamente sobre su condición pueden ser discriminadas aún dentro de las redes y organizaciones que se enfocan en los derechos humanos o en la salud sexual y reproductiva. Como resultado de ello, pueden ni siquiera estar conscientes de sus derechos sexuales y reproductivos, o pueden carecer de una plataforma a partir de la cual insistir en la necesidad de esos derechos.

Las personas que viven con el VIH estarán incluso menos preparadas para participar en actividades de incidencia política cuando tienen temor a que el exponerse públicamente conducirá a su arresto. Las leyes que penalizan las relaciones entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual o el consumo de drogas, no solamente dificultan más el acceso de las personas vulnerables a la información y atención, sino que también hacen que las personas sean renuentes a involucrarse en el activismo relacionado con el VIH por temor a que su condición quede expuesta.

La educación de la comunidad es una forma importante en que las ONG locales e internacionales pueden trabajar para superar el estigma y la discriminación. Una mejor información y comprensión en torno al VIH, sexo y uso de drogas, puede ayudar a superar el temor y la culpa que llevan a miembros de la comunidad y de la propia familia a discriminar a las personas que viven con el VIH. En particular, **las y los oradores VIH-positivos influyen significativamente en el cambio de actitudes respecto al VIH y pueden ser educadores comunitarios sumamente efectivos, que ayuden a reducir el temor y acabar con el estigma.**⁵⁹ Las ONG, especialmente las redes de personas que viven con el VIH, pueden ayudar a los hombres y mujeres jóvenes que viven con el VIH a revelar abiertamente su condición y trabajar dentro de los programas de educación en materia de VIH en las escuelas. Las organizaciones tanto del sector público como el privado también pueden dirigir sesiones educativas sobre el VIH para jóvenes dentro y fuera del sistema escolar, así como en los centros de trabajo.⁶⁰



Desigualdad de género y violencia

En la mayor parte del mundo, son los hombres adultos quienes tienen el poder social, político y económico. La condición más baja de las mujeres y la gente joven en relación con los hombres adultos, afecta cada uno de los aspectos de sus vidas, incluida la salud sexual y reproductiva. Las condiciones desiguales de poder dentro de las relaciones son una barrera específica y muy importante para el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva; y la desigualdad de género es, en sí misma, una violación a los derechos humanos. Las desigualdades de la sociedad también ponen a las mujeres y gente joven en un mayor riesgo de la infección por VIH y hacen más difícil que obtengan servicios de consejería y pruebas, prevención, tratamiento, atención y apoyo.

Las mujeres que necesitan el permiso de sus esposos para acudir a una clínica de salud o para usar anticonceptivos, por ejemplo, no pueden ejercer su derecho a tomar



decisiones libres acerca de la anticoncepción y el embarazo. Las mujeres que viven con el VIH cuyos esposos mueren, pueden caer en una todavía mayor marginación, pues con frecuencia pierden sus derechos a las propiedades y recursos de la familia. En particular, muchas veces se espera de las niñas que se abstengan de tener relaciones sexuales,

lo que las hace renuentes a buscar información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva.

Por su parte, la violencia también aumenta la vulnerabilidad de las mujeres al VIH; y muchos esfuerzos en contra de la violencia se enfocan en reducir este riesgo. La violencia y la violación disminuyen la autoestima, aumentan el riesgo de contraer ITS y pueden conducir a embarazos no planeados, abortos espontáneos y aborto inseguro. Se ha prestado una menor atención a la violencia que experimentan las mujeres que viven con el VIH. La violencia, o el temor a la violencia, pueden ser obstáculos para que las mujeres VIH-positivas obtengan servicios de salud.⁶¹ La gente joven que vive con el VIH puede enfrentar violencia de sus parejas, familias y

comunidades, especialmente cuando revelan su condición.

Las y los activistas deben presionar a favor del reconocimiento de la violación marital como crimen. También deben trabajar para involucrar a hombres y niños varones en los programas para poner un alto a la violencia basada en el género. Los hombres necesitan apoyo para reconocer y superar las formas en que las normas tradicionales de masculinidad los colocan en riesgo a ellos mismos y a sus parejas.

En estas circunstancias, las mujeres y la gente joven pueden ser renuentes a hablar sobre sexo y sentirse inhibidos para hablar claramente acerca de sus necesidades. Las y los jóvenes rara vez son consultados durante el desarrollo de las políticas y los programas, incluso las políticas y programas que están dirigidos a ellos. Esto dificulta que las mujeres y la gente joven trabajen a favor de sus derechos sexuales y reproductivos. Aún cuando estén dispuestos a hablar claramente, pueden carecer de plataformas, pues en muchos lugares los hombres adultos dominan las organizaciones no gubernamentales y las redes nacionales de personas que viven con el VIH; de tal forma que cuando las mujeres y jóvenes se involucran en la formulación de políticas, su trabajo con frecuencia carece de reconocimiento.

Las y los activistas tienen que hacer más para lograr que las mujeres y la gente joven tengan la información, capacitación y apoyo que necesitan para hablar claramente a favor de sus propias necesidades. Por ejemplo, **cuando una posición de representación esté a cargo de un hombre, es importante asegurar que una mujer participe como representante alterno y se le dote de las habilidades e información necesarias para que ella pueda hacerse cargo de la posición de responsabilidad.** Las mujeres y la gente joven que viven con el VIH necesitan oportunidades para fortalecer su autoestima antes de puedan comenzar a incidir políticamente y negociar con quienes formulan las políticas. Las y los activistas pueden también trabajar dentro de sus propias comunidades para superar las barreras sociales hacia una participación política más equitativa.

Marginación

Alrededor del mundo, la marginación aumenta la vulnerabilidad a la infección por VIH. Los grupos marginados con frecuencia enfrentan barreras para tener acceso a los servicios de salud y de otro tipo, desigualdades económicas, abuso y explotación. Estos problemas se ven agravados con un

diagnóstico de VIH, lo cual deja a la persona haciendo frente a una doble discriminación y a necesidades insatisfechas de prevención, tratamiento, atención y apoyo.

Es importante que las organizaciones de incidencia política caigan en la cuenta de que las y los miembros de las poblaciones vulnerables tienen preocupaciones especiales que deben ser atendidas. Por ejemplo, las mujeres y hombres pertenecientes a minorías étnicas o quienes han emigrado desde otros países, pueden no comprender de manera suficiente el idioma en el cual se presta los servicios de salud, incluido el consentimiento informado y la consejería. Estas personas pueden también necesitar de trabajadores sanitarios que estén capacitados para responder de manera sensible a las diferentes prácticas y preferencias culturales.

Muchos hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres también tienen relaciones sexuales con mujeres. Ellos pueden estar haciendo caso omiso de información importante que va dirigida a los hombres que son abiertamente gay, lo cual puede agravar el riesgo para sí mismos, para sus parejas y para sus hijos. Las y los trabajadores sanitarios pueden suponer que las lesbianas no necesitan información y servicios de salud sexual y reproductiva. Las personas transgénero tienen aún menor probabilidad de que se les ofrezca información sobre salud reproductiva, puesto su propia existencia no es reconocida legal o socialmente en muchos países.

Las personas en prisión viven al margen de la sociedad, rara vez tienen acceso a servicios de salud de calidad (incluso al suministro de condones) y son generalmente incapaces de ejercer sus derechos políticos. También, las y los trabajadores del sexo pueden tener dificultades para obtener servicios de salud y pueden también necesitar apoyo para fortalecer su autoestima, de tal manera que puedan negociar mejor el sexo más seguro. Con el objeto de crear ambientes más seguros para las personas dedicadas al trabajo sexual y mediante el trabajo con las agencias encargadas de aplicar la ley, las y los activistas pueden mejorar directamente el acceso a los servicios de salud y, también, pueden facilitar que las y los trabajadores del sexo que viven con el VIH puedan expresarse públicamente a favor de sus propias necesidades. Los servicios de VIH dirigidos a las personas que consumen drogas inyectables, generalmente se enfocan a prevenir la transmisión directamente relacionada con el uso de drogas (como los programas de intercambio de agujas). Debido a que

las personas que usan drogas también tienen probabilidad de tomar riesgos sexuales, ellas necesitan de servicios de salud sexual y reproductiva – pero el temor al estigma y la desaprobación puede mantenerles alejadas de los servicios de salud. Las y los activistas podrían presionar para integrar los servicios de salud sexual y reproductiva dentro de los programas de reducción de daños relacionados con el uso de drogas, con la finalidad de servir mejor a este grupo.

Las personas con discapacidades generalmente han sido dejadas fuera de los servicios de VIH y los servicios de salud sexual y reproductiva relacionados. Las y los prestadores de servicios de salud no siempre tienen conocimientos suficientes acerca de temas de discapacidad, o pueden presentar actitudes que reflejan falta de información o estigma hacia las personas con discapacidades, incluida la convicción de que las personas con discapacidades no son sexualmente activas o que no participan en conductas de riesgo. Los servicios pueden ser físicamente inaccesibles o estar limitados para proporcionar información en formatos alternativos (Ej. Braille, audio o lenguaje sencillo). También, hay que considerar la discriminación que enfrentan las personas con discapacidades: En algunos lugares, cuando la demanda del tratamiento excede los suministros, las personas con discapacidades pueden ser consideradas como carentes de prioridad para el tratamiento del VIH. **Las redes de personas que viven con el VIH deben formar alianzas con grupos de personas con discapacidades para llevar a cabo campañas conjuntas de incidencia política con la finalidad de que los programas y servicios respondan a sus necesidades de salud sexual y reproductiva, incluidos la prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.**⁶²

Las y los miembros de grupos marginados pueden ser renuentes o incapaces de involucrarse en actividades de incidencia política, a pesar de tener necesidades insatisfechas específicas; y, cuando se involucran, sus voces no son necesariamente escuchadas, incluso dentro de las redes nacionales de personas que viven con el VIH. Puede resultar constructivo organizar grupos de apoyo de pares enfocados específicamente en las necesidades de grupos marginados. Los grupos de apoyo de pares son centros de concentración del activismo a favor del VIH e importantes foros para el intercambio de información y experiencias, así como fuentes invaluable de apoyo emocional.

En general, las y los activistas tienen que estar conscientes de la variedad de experiencias y necesidades de las personas que viven con el VIH y trabajar para diversificar sus redes. En colaboración con grupos enfocados en los derechos de las trabajadoras sexuales, por ejemplo, los grupos activistas pueden también ayudar a fortalecer los conocimientos y habilidades necesarias para realizar actividades de incidencia política relacionadas con el VIH y la salud sexual y reproductiva; posibilitando, con ello, que los miembros de grupos marginados puedan expresarse abiertamente a favor de sus propios derechos.

Pobreza

La pobreza deteriora la salud de las personas y su capacidad de incidir a favor de sus propios derechos. Por su parte, la mala salud en sí misma puede conducir a agravar la pobreza. Las personas con ingresos inadecuados pueden no ser capaces de pagar por o de obtener servicios de salud adecuados, especialmente si viven lejos de la clínica de salud. El cuidado de la propia salud puede tomar una baja prioridad en la familia si la persona está pasando trabajos para alimentar a sus propios hijos. En medio de estas preocupaciones, la persona VIH-positiva que vive en condiciones de pobreza está sujeta a una presión excesiva como para poder encontrar el tiempo y la energía requeridos para involucrarse en actividades de incidencia política.

Las mujeres VIH-positivas, especialmente las viudas, tienen mayor probabilidad de caer en condiciones de pobreza que sus pares masculinos. Las leyes de propiedad y herencia discriminatorias fuerzan a algunas mujeres viudas y a sus hijos a abandonar sus hogares y comunidades; y otras, son expulsadas de sus familias y empleos después de un diagnóstico de VIH. Entonces, algunas mujeres pobres recurren a la venta de sexo, aumentando dramáticamente su vulnerabilidad a las ITS, los embarazos no planeados y otros problemas de salud reproductiva. Las mujeres pobres que viven con el VIH con frecuencia tienen una mala nutrición, lo cual aumenta su vulnerabilidad a las infecciones oportunistas. Además, algunas mujeres que viven con el VIH venden sus medicamentos antirretrovirales con el fin de obtener dinero para alimentarse a sí mismas y a sus hijos. Quienes trabajan a favor del acceso al tratamiento deben tener en cuenta la importancia de la nutrición para asegurar la adherencia al tratamiento y su efectividad.⁶³

Por estas razones **debe considerarse más seriamente las oportunidades para la generación de ingresos como parte general de la salud de las personas que viven con el VIH**. Debe darse apoyo a los programas de microcrédito, particularmente para viudas con hijos, familiares de mayor edad que quedan al cuidado de huérfanos y para niños que quedan a cargo como cabeza de familia. Las personas que viven con el VIH necesitan igual acceso a la tierra, recursos financieros y oportunidades de empleo—y es necesario expandir ese tipo de oportunidades para todas las personas. Mediante una **mayor capacitación, asesoramiento y empleo directo de personas que viven con el VIH**, los gobiernos y ONG ayudarán a luchar contra la pobreza y mejorarán directamente la salud de todas las personas involucradas. Al incorporar las experiencias de las personas directamente afectadas, también mejorarán la calidad general de sus políticas y programas.

Falta de colaboración

A nivel nacional e internacional, se ha desarrollado una serie de nuevas estructuras para responder al VIH y SIDA de manera separada y paralela al sistema de atención a la salud sexual y reproductiva. En cierto grado, esta estructura paralela se refleja dentro de la comunidad de incidencia política, la cual también está fragmentada de otras formas. Las discusiones acerca de la salud reproductiva de las mujeres han ocurrido en gran parte sin la participación de los hombres, mientras que los aspectos de salud sexual relativos a los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, a las y los trabajadores del sexo o a las personas que consumen drogas, se han abordado de manera aislada.

Tanto mujeres como hombres necesitan colaborar para hacer realidad la visión de los derechos sexuales y reproductivos para todos. **Los grupos de personas que viven con el VIH deben desarrollar plataformas políticas comunes con grupos de personas que consumen drogas, hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, trabajadoras del sexo, migrantes, minorías étnicas, refugiadas y prisioneras**. Debe darse a las y los jóvenes VIH-positivos la oportunidad de hacer aportaciones genuinas a la planificación amplia de la incidencia política y no simplemente de participar en actividades de grupos juveniles.

Aún dentro de los grupos de personas que viven con el VIH, algunas veces resulta difícil reconocer una agenda común. Por ejemplo, las viudas pueden encontrar desafiante el

trabajar junto con las trabajadoras del sexo. Es importante compartir experiencias, superar los prejuicios y darse cuenta de los intereses mutuos. A veces, las diferencias reales deben reconocerse y cultivarse. Por ejemplo, las y los trabajadores del sexo, los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres y las mujeres, pueden tener sus propios foros para lograr que sus necesidades específicas se discutan sin prejuicios de otras personas. Lo importante aquí es asegurar que todas estas necesidades se incorporen en la agenda de incidencia política.

II. Mejoramiento de la incidencia política

Para superar las barreras que se han discutido con anterioridad, se requerirá de un esfuerzo concertado de incidencia política de parte de las personas que viven con el VIH y de sus aliados y defensores. Para hacer esto posible, las organizaciones y redes necesitarán ser fortalecidas con nuevas habilidades y alianzas. Cada grupo tendrá que establecer sus prioridades con base en las necesidades de las personas que representa, así como desarrollar alianzas con organizaciones que tengan participantes y preocupaciones en común, con el fin de asegurar, de manera colectiva, que la gama completa de aspectos de salud sexual y reproductiva sea abordada.

Aprovechamiento de la especialización única de las personas que viven con el VIH

Como se ha articulado en el Principio GIPA, las personas que viven con el VIH tienen un rol esencial que desempeñar en el diseño e implementación de las políticas y programas de VIH y SIDA.⁶⁴ La participación de las mujeres y hombres que viven con el VIH – incluida la gente joven y quienes pertenecen a grupos marginados – es también un factor crítico para el éxito de la prevención positiva y pueden educar a sus pares y al público sobre los beneficios de la terapia antirretroviral, alentando con ello a más personas para que se animen a hacerse la prueba del VIH. El involucrar a las personas que viven con el VIH en actividades de alcance comunitario y de incidencia política también tiene un impacto significativo en el cambio de actitudes respecto al VIH y para reducir el estigma relacionado con el VIH.⁶⁵

El Fondo Mundial requiere en la actualidad que las personas que viven con el VIH estén representadas en los Mecanismos Coordinadores de País (MCP), lo cual proporciona una valiosa

apertura para su inclusión. En algunos países, sin embargo, ha sido difícil para las y los representantes de las personas VIH-positivas hacer que sus voces sean escuchadas y que sus preocupaciones sean atendidas dentro de los MCP. Para guiar a las personas que viven con el VIH en su participación en los MCP, GNP+ ha desarrollado una herramienta que las y los activistas pueden usar para fortalecer su trabajo.

Los gobiernos y las ONG pueden hacer algunos cambios sencillos para facilitar que las personas que viven con el VIH puedan hacer aportaciones constructivas. Por ejemplo, las personas que viven con el VIH necesitan recibir una notificación adecuada antes de las reuniones para que puedan asignar tiempo para participar – especialmente tomando en cuenta que muchos activistas que viven con el VIH prestan sus servicios como voluntarios – y para que puedan consultar a sus pares acerca de los temas que requieren tomar decisiones. También, cuando se requiere hacer trabajo de seguimiento debe tomarse en cuenta el hecho de que,

muchas veces las personas que viven con el VIH y que asisten a las reuniones de toma de decisiones, lo hacen de manera voluntaria junto con personas que reciben un salario.

En lugar de recurrir constantemente a unas cuantas personas VIH-positivas de alto perfil y con un alto grado de formación profesional, debe fortalecerse la capacidad general de las redes de personas que viven con el VIH. Los grupos de incidencia política deben ampliar las oportunidades de las personas que viven con el VIH para que sean compensadas por su trabajo.

Es importante alentar, capacitar y pagar a las personas VIH-positivas en su calidad de educadoras, consejeras, investigadoras, diseñadoras de programas y formuladoras de políticas. El emplear a las personas que viven con el VIH en estos roles ayuda a proporcionar medios sustentables para ganarse la vida, a la vez que contribuye a una respuesta más exitosa al VIH.

Las y los activistas que trabajan en programas de VIH pueden consultar el Código de Buenas Prácticas de las ONG⁶⁶, el cual describe los principios de buenas prácticas, incluido el



involucramiento significativo de las personas que viven con el VIH. El Código incluye herramientas de autoevaluación, como una para incidencia política, orientada a ayudar a que las organizaciones evalúen en qué medida están implementando los principios del Código. Las redes y organizaciones de personas que viven con el VIH han ayudado a crear y refinar el código y las herramientas de autoevaluación.

Provisión de educación y capacitación

Las políticas que refuerzan la participación de las personas VIH-positivas deben también asegurar que las personas que están representando a esa comunidad tengan las habilidades para hacerlo. Lo primero y más importante es que las personas que son diagnosticadas con el VIH necesitan educación sobre derechos humanos, incluidos aquellos que se relacionan con su salud sexual y reproductiva. La mayoría de las personas que son diagnosticadas como VIH-positivas toman de manera voluntaria y de buena gana la responsabilidad de no infectar a otras personas; sin embargo, muchas de ellas no están conscientes de que, a cambio, tienen todo el derecho de ser tratadas con dignidad y respeto.

Las mujeres y hombres que viven con el VIH necesitan capacitación para poder involucrarse y participar de manera significativa en todos los organismos de toma de decisiones que afectan sus vidas, como los organismos de las Naciones Unidas, los comités del Fondo Mundial, las comisiones nacionales de SIDA, ONG, departamentos de salud o unidades educativas que desarrollan los planes de estudio. Estas personas necesitan tiempo y recursos para poder compartir sus experiencias dentro de las redes y fuera de su ámbito, así como para contribuir con materiales a la toma de decisiones a nivel local, nacional, regional e internacional. También, pueden necesitar asesoramiento por parte de ONG locales e internacionales sobre qué esperar y cómo responder mejor en estas situaciones.

Las ONG locales e internacionales simpatizantes pueden proporcionar oportunidades para el fortalecimiento de capacidades, especialmente en materia de autoestima, asertividad, negociación y derechos humanos, así como en información básica sobre salud. Las redes de personas que viven con el VIH y los donantes internacionales pueden también trabajar en conjunto para aumentar las habilidades de incidencia política de las personas que viven con el VIH. En particular, las mujeres que viven con el VIH están insuficientemente representadas y, con frecuencia, carecen

de la confianza y experiencia dentro del sector VIH. Las mujeres jóvenes que viven con el VIH y que estén interesadas y motivadas para involucrarse en actividades de incidencia política deben ser preparadas y asesoradas. Debido a que los módulos de capacitación existentes tienden a enfocarse en mujeres y niñas, debe desarrollarse módulos adicionales para hombres que viven con el VIH y otras poblaciones vulnerables. El apoyo de las ONG internacionales para realizar talleres de capacitación intensiva sobre salud y derechos sexuales y reproductivos dirigidos a todos los grupos de personas VIH-positivas es una inversión inteligente.

ICW ha conducido talleres de salud sexual y reproductiva con la participación de mujeres positivas en muchas partes del mundo. Por ejemplo, en 2003 ICW y la Asociación Responsabilidad, Esperanza y Vida con sede en Burkina Faso organizaron un taller denominado “Voces y Opciones” para mujeres VIH-positivas en África francófona, que se enfocó en los derechos y experiencias sexuales y reproductivas de mujeres viviendo con el VIH. ICW también ha prestado particular atención a las necesidades de las mujeres jóvenes a través de los “Diálogos de Mujeres Jóvenes” a través de los cuales mujeres de Namibia, Sudáfrica y Suazilandia se han reunido para desarrollar agendas de incidencia política relacionadas con su salud sexual y reproductiva, acceso a la atención, tratamiento y apoyo, así como con el involucramiento significativo de mujeres jóvenes VIH-positivas en las decisiones que afectan sus vidas.

Obtención de evidencia relevante para las políticas

La evidencia es la mayor aliada de la incidencia política. Las personas que viven con el VIH deben desarrollar formas más eficientes para compartir, analizar y usar la información. Un acervo respetable de evidencia puede respaldar argumentos de incidencia política y permitir que los grupos de personas que viven con el VIH refuten argumentos de quienes toman las decisiones cuando intentan justificar políticas deficientes, como en el caso de los protocolos de pruebas de VIH con “opción de exclusión” agresiva o la circuncisión masculina de rutina. Se necesita establecer mecanismos más responsables y efectivos para llevar las voces de las personas que viven con el VIH del nivel comunitario a los niveles nacional, regional e internacional, sin crear una carga adicional de informes. Esto puede lograrse al **vincularse con instituciones de investigación establecidas para hacer que los temas importantes para las personas que viven con el VIH sean**

incluidos en la agenda de estas instituciones; y mediante el fortalecimiento de redes de personas que viven con el VIH a nivel local, para que adquieran la capacidad de recolectar datos de manera sistemática.

Ya se cuenta con buenos ejemplos de investigaciones que están siendo usadas de manera efectiva en actividades de incidencia política y en el mejoramiento de la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH. Por ejemplo, en 2001, ICW inició un programa de investigación participativa enfocado en la experiencia de las mujeres que viven con el VIH en Tailandia y Zimbabue. Más recientemente, EngenderHealth, UNFPA, e ICW usaron los resultados de una investigación cualitativa conducida entre mujeres viviendo con el VIH en Brasil, Etiopía y Ucrania, para desarrollar un manual sobre salud sexual y reproductiva dirigido a mujeres y niñas.⁶⁷

Por su parte, GNP+, ICW, IPPF, y el ONUSIDA han desarrollado el Índice de Estigma de las Personas que Viven con VIH para medir los niveles de estigma y discriminación relacionados con el SIDA que experimentan las personas que viven con el VIH.⁶⁸ La herramienta puede usarse en una variedad de entornos para documentar mejor las experiencias de las personas que viven con el VIH y, con esa información, desarrollar programas y acciones de incidencia política bien enfocados para ayudar a reducir el estigma relacionado con el VIH en comunidades y sectores específicos. Muchas de las preguntas de la encuesta son relevantes en términos generales para la salud sexual y reproductiva; y varias de ellas buscan identificar qué porcentaje de personas que viven con el VIH han sido afectadas por violaciones a los derechos humanos en el contexto de los servicios de salud (Ej. las pruebas de VIH sin consentimiento; violaciones a la confidencialidad; esterilización bajo coerción; la recomendación de no tener hijos debido a la condición del VIH).

En el primer proyecto realizado para documentar la naturaleza y extensión de la discriminación relacionada con el SIDA, la Red de Asia y del Pacífico de Personas Viviendo con VIH/SIDA recolectó datos de más de 760 personas viviendo con el VIH en India, Indonesia, Filipinas y Tailandia.⁶⁹ El estudio encontró que la mayoría de las personas diagnosticadas con el VIH enfrentan discriminación, especialmente dentro del sector salud. La discriminación por parte de la comunidad estuvo dirigida principalmente contra las mujeres viviendo con el VIH. Adicionalmente, el estudio mostró que las personas que son forzadas a hacerse la prueba enfrentan un

grado significativamente más alto de discriminación que las personas que eligen voluntariamente hacerse la prueba.

GNP+ está actualmente desarrollando el programa *¡Los Derechos Humanos Cuentan! [Human Rights Count!]*, el cual documentará las violaciones a los derechos humanos experimentadas por personas que viven con el VIH y por quienes las apoyan. Las violaciones reportadas por personas que viven con el VIH se compilarán en una base de datos en línea y serán analizadas por personas expertas en derechos humanos para su validación y seguimiento.

Los hallazgos de los programas de investigación están siendo utilizados en los esfuerzos de incidencia política a nivel internacional para elevar el nivel de conciencia acerca de las violaciones de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH. Todavía queda mucho por hacer; sin embargo, para usar tales hallazgos en actividades de incidencia a favor de programas específicos a nivel nacional y a nivel de la comunidad, con el fin de evitar tales violaciones, así como para proporcionar reparación de daños cuando estos ocurran. Adicionalmente, el proceso de capacitar a personas VIH-positivas para que recolecten datos debe expandirse como parte de los esfuerzos destinados a aumentar el “alfabetismo en materia de derechos humanos” y apoyar a que las personas hagan realidad sus derechos. A la fecha, muchas personas que viven con el VIH y que han comenzado trabajando en investigación basada en la comunidad, se han involucrado activamente en esfuerzos de incidencia política a nivel nacional. Los esfuerzos de investigación futura deben continuar incluyendo a personas que viven con el VIH como participantes activas.⁷⁰

Monitoreo y evaluación

Las y los activistas también pueden hacer más para lograr que las políticas y programas, una vez puestos en práctica, sean realmente implementados y que funcionen de la manera en que fueron diseñados. Muchos grupos han desarrollado herramientas y marcos de referencia útiles para este tipo de monitoreo y evaluación.

Por ejemplo, un grupo de mujeres positivas en Lesoto y Suazilandia diseñaron una herramienta para monitorear el acceso a la atención, tratamiento y apoyo, la salud y los derechos sexuales y reproductivos, así como la violencia contra las mujeres. La herramienta proporciona un útil marco de referencia para conjuntar el trabajo de diversos grupos,

ayudando tanto a prestadores de servicios de salud como a funcionarios gubernamentales a pensar de manera crítica sobre el impacto de sus acciones en las mujeres VIH-positivas, así como para reducir el aislamiento que enfrentan las mujeres que viven con el VIH.

En otro proyecto, Ipas e ICW ayudaron a desarrollar una herramienta de monitoreo para examinar los indicadores de referencia relacionados con los tres ODM relevantes para la salud reproductiva de las mujeres. La herramienta ha sido probada y refinada a través del trabajo en Argentina, Botsuana, Kenia, Lesoto, México, Namibia, Nigeria, Perú, Polonia, Sudáfrica y Suazilandia.⁷¹

Los tratados de derechos humanos internacionales, como la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación en Contra de las Mujeres; la Convención sobre los Derechos del Niño, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, pueden también ser usados como instrumentos de incidencia política. Los gobiernos que ratifican esos tratados hacen el compromiso de que las leyes en sus respectivos países reflejarán las disposiciones del tratado. Sin embargo, este no es siempre el caso; y, aún cuando existe la ratificación, la implementación de la ley es muchas veces débil.

Las personas que viven con el VIH pueden trabajar junto con las ONG internacionales y nacionales de derechos humanos para incidir en que los gobiernos reconozcan y legalicen las relaciones consensuales entre personas adultas del mismo sexo, el trabajo sexual y los programas de reducción de daños, como parte fundamental de sus esfuerzos para apoyar una respuesta exitosa al VIH y para proteger los derechos humanos.

En la medida en que ya existan leyes y políticas solidarias, las y los activistas deben monitorear su implementación. A nivel internacional, la sociedad civil puede presentar “informes alternativos” sobre la situación de los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH ante los comités de monitoreo de los tratados de derechos humanos.⁷² Estos comités revisan los informes que los gobiernos presentan periódicamente sobre la forma en que están cumpliendo con sus compromisos en materia de derechos humanos y emiten recomendaciones públicas a los gobiernos basados en su revisión. Esta información, con frecuencia, es cubierta por los medios nacionales de comunicación. El

sistema de informes alternativos permite que activistas y ciudadanos proporcionen información complementaria que los comités pueden utilizar cuando desarrollan sus recomendaciones. Las recomendaciones de los comités pueden también ser utilizadas en los esfuerzos de incidencia política, para exigir que los gobiernos tomen medidas tendientes a la implementación de sus compromisos.⁷³

En algunos casos, los países todavía no han ratificado algunos tratados que tienen importantes implicaciones para la salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH. Por ejemplo, un número relativamente bajo de países han ratificado la Convención Internacional sobre la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. Al participar en campañas para la ratificación de los tratados, las personas que viven con el VIH pueden hacer un llamado a sus gobiernos para que acepten los estándares establecidos en los tratados y cambien las leyes, políticas y programas de manera consecuente. Entre otras cosas, el Comité responsable de monitorear la implementación de tratado ha hecho un llamado a los países para que eliminen las pruebas obligatorias de VIH para los trabajadores migratorios, así como las restricciones de entrada a los países con base en la condición de VIH.

Las revisiones anuales de avances hacia la Declaración de compromiso sobre el VIH/SIDA (“Declaración de la UNGASS”) ofrecen una oportunidad de monitorear las respuestas al VIH e involucrarse en la incidencia política. La sociedad civil puede participar en los esfuerzos para desarrollar el informe nacional oficial que es presentado a las Naciones Unidas; o bien, pueden desarrollar un informe alternativo independiente que destaque aspectos prioritarios que pueden no haber sido abordados en detalle en el informe principal.

Fortalecimiento de las redes y alianzas

Las ONG internacionales tienen los recursos y habilidades institucionales para ayudar a asegurar el desarrollo continuo de las redes y de los grupos de autoayuda para las personas que viven con el VIH. Tanto activistas como aliados pueden proporcionar orientación a las organizaciones de personas que viven con el VIH sobre la forma de emprender un sólido proceso de desarrollo organizacional y lograr un buen gobierno institucional. Pueden ayudar a capacitar a representantes de esas organizaciones a establecer contactos

apropiados con funcionarios del gobierno, o pueden guiar a personas VIH-positivas para que desempeñen roles dentro del sector salud y la comunidad, entre otros.

Las redes consolidadas de personas que viven con el VIH pueden también desempeñar ese rol para grupos que pertenecen a otras áreas. Por ejemplo, cuando se formó Igat Hope, la organización de personas que viven con el VIH de Papúa Nueva Guinea, sus miembros no tenían experiencia en cómo dirigir una red y no tenían representación en comité nacional alguno. Entonces, la Asociación Nacional Australiana de Personas Viviendo con el VIH (NAPWA) reconoció la necesidad de fortalecer las habilidades de sus pares en el país vecino. De esta forma, NAPWA obtuvo fondos para que dos de sus representantes visitaran Igat Hope y proporcionaran capacitación en materia de desarrollo organizacional en varias ocasiones durante un período de dos años. En la actualidad, Igat Hope tiene una Junta Directiva en plena operación, una sólida estructura de gobierno institucional, una coordinadora asalariada de tiempo completo y cada vez se le solicita mayor participación en las decisiones de políticas relacionadas con el VIH. Más relaciones de esta naturaleza deben ser desarrolladas y cultivadas.

También se necesita establecer vínculos más sólidos entre las respuestas al VIH a nivel local, nacional, regional e internacional; y entre organizaciones de personas que viven con el VIH, profesionales de la salud, gobiernos y los medios. Adicionalmente, las y los activistas que se concentran en el trabajo en materia de VIH pueden hacer importantes contribuciones a la agenda de salud sexual y reproductiva más amplia, a través de alianzas con otros grupos. Esto incluye las redes de reducción de daños, las organizaciones de derechos de las mujeres, los grupos de jóvenes, los organismos de derechos humanos, así como las organizaciones que representan a las y los trabajadores del sexo, a los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, así como a las personas transgénero, migrantes, prisioneras, refugiadas y las minorías étnicas. Las y los activistas pueden también volverse más proactivos al involucrarse en los departamentos de salud y educación, en organizaciones de migrantes y en sindicatos laborales. Las alianzas estratégicas pueden también fortalecer los esfuerzos de las redes de las personas que viven con el VIH. Estas personas necesitan tener claridad en su propia agenda, de tal forma que no sean subordinadas a la agenda de otras organizaciones. Sin embargo, también deben tener disposición a abordar temas de interés para el trabajo de los miembros de su coalición.

III. Empoderamiento y salud a través de una incidencia política más efectiva

Las redes de personas que viven con el VIH junto con sus agencias colaboradoras y aliadas, serán los que encabezen el liderazgo al presionar a favor de políticas y programas que tomen en cuenta el hecho de que la mayoría de las personas VIH-positivas son sexualmente activas y requieren de atención sexual y reproductiva. Un diagnóstico de VIH no elimina el derecho de la persona a tener relaciones sexuales o tener hijos. Pero sí significa que las personas pueden necesitar información y servicios adicionales o diferentes para proteger su salud sexual y reproductiva y la de sus parejas sexuales.

Las personas que viven con el VIH tienen que superar una variedad de barreras económicas, sociales, culturales y políticas para poder incidir efectivamente a favor de sus necesidades y derechos. Las organizaciones de incidencia política deben trabajar para minimizar esas barreras. Es importante continuar fortaleciendo la capacidad de las redes de personas que viven con el VIH, de tal forma que sus voces puedan dar sustento a políticas y programas. Esto incluye el desarrollo organizacional en general y las aptitudes de incidencia política, así como información y capacitación específicas relacionadas con la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos.

Los esfuerzos de incidencia política deben enfocarse en los aspectos prioritarios y exigir la implementación de políticas y servicios específicos, incluidos la educación sexual, la consejería y pruebas de VIH, la anticoncepción, el aborto seguro, los servicios de embarazo y parto, consejería sobre amamantamiento y opciones de alimentación alternativa, así como los programas para responder a la pobreza y la violencia. En todo momento las y los activistas deben hacer énfasis en el involucramiento significativo de las personas que viven con el VIH – especialmente de las mujeres y miembros de grupos marginados – en el desarrollo, implementación y monitoreo de leyes y programas. En última instancia, el reconocer el liderazgo de las personas más afectadas permitirá que quienes toman las decisiones respondan con servicios efectivos de salud sexual y reproductiva. Así mismo, el tomar el liderazgo en la definición y evaluación de políticas y prácticas asegurará que las personas que viven con el VIH estén conscientes de sus derechos y empoderadas para actuar cuando estos derechos sean violados o no puedan ser ejercidos.

PARA UNIR TODAS LAS PIEZAS: PARLAMENTARIOS POR LA SALUD DE LAS MUJERES

El proyecto Parlamentarios por la Salud de las Mujeres está diseñado para ayudar a quienes formulan las políticas en Botsuana, Namibia, Kenia y Tanzania a comprender mejor los retos para la salud que enfrentan las mujeres, especialmente las mujeres VIH-positivas.⁷⁴ Esta es un trabajo en colaboración entre ICW, el Centro para el Estudio del SIDA (Universidad de Pretoria), el Centro Internacional para la Investigación sobre Mujeres y la organización Realizing Rights: the Ethical Globalisation Initiative. Este proyecto, especialmente de la forma en que se ha desarrollado en Namibia, sirve como modelo para demostrar la forma en que el trabajo de incidencia política efectivo puede fomentar la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH.

En Namibia, el proyecto comenzó recolectando evidencia. Las mismas mujeres viviendo con el VIH condujeron la investigación en dos etapas. Primero, sendos grupos de mujeres VIH-positivas en cuatro localidades trabajaron para mapear sus experiencias en la obtención de servicios de salud. Identificaron los factores que les dificultaban mantener una buena salud, los cuales incluyen la pobreza, el hambre, el estigma relacionado con el VIH, la falta de poder de decisión en la familia y la insuficiencia en los suministros y equipos para la salud. Enseguida, ICW condujo tres diagnósticos comunitarios regionales, los cuales incluyeron visitas de campo a instituciones de salud y talleres con mujeres, líderes comunitarios y trabajadores sanitarios. Estos diagnósticos reforzaron los hallazgos derivados del ejercicio de mapeo y añadieron nuevas dimensiones al estudio mediante la exploración de actitudes y prioridades de las y los trabajadores sanitarios y la infraestructura de salud disponible en ese momento.

Los resultados de esta investigación fueron compartidos con parlamentarios y profesionales de la salud en una reunión de mesa redonda. En la reunión, la Ministra Adjunta de Asuntos Internos describió de manera más general la forma en que las disparidades de género, la pobreza, la exclusión social, el desempleo y el deterioro de la vivienda dañan la salud de las mujeres. Su presentación subrayó el alcance nacional de los problemas identificados y demostró que el gobierno está actuando con seriedad en busca de soluciones. Las y los participantes en la mesa redonda recomendaron atacar los problemas desde varias direcciones, incluida una campaña nacional de concientización sobre el VIH y la salud sexual y reproductiva que incluya a las personas que viven con el VIH, un diálogo más enérgico sobre temas de género entre parlamentarios y ministros que se enfoque en el bienestar de mujeres, niñas y niños, así como en refugios, apoyo y servicios legales para mujeres, niñas y niños víctimas de abuso.

Posterior a la mesa redonda, el proyecto capacitó a un pequeño grupo de mujeres parlamentarias y mujeres VIH-positivas de la Red para la Salud de las Mujeres de Namibia (NWHN) sobre temas de salud y derechos sexuales y reproductivos. A su vez, estas mujeres han comenzado a capacitar a otras, eventualmente difundiendo la información a mujeres en todo Namibia. Adicionalmente las y los organizadores se han asociado con el Instituto de la Democracia y el Centro de Asistencia Legal de Namibia, para ayudar a que las mujeres VIH-positivas comprendan sus derechos legales y fortalezcan sus habilidades de incidencia política. Conforme las mujeres reciben educación y son capacitadas, también se les involucra en el monitoreo de la prestación de servicios y en la conversación con miembros de la comunidad, de tal forma que pueden aportar importantes temas a quienes formulan las políticas.

Después de participar en la investigación y capacitación, un grupo de mujeres se acercó directamente al Ministro de Salud para solicitar un mejor acceso a los servicios de prevención del cáncer como las pruebas de Pap y los exámenes de mama. Como resultado de esto, el Ministro comenzó a colaborar con la Asociación de Cáncer del sector privado para expandir el acceso a la información y atención del cáncer. Las y los participantes han trabajado también para enfocar la atención en el tema de la esterilización forzada de las mujeres que viven con el VIH; y han recolectado evidencia en apoyo a los esfuerzos para legalizar el aborto seguro.

Adicionalmente, un grupo de parlamentarios y el Ministerio de Salud y Servicios Sociales, solicitaron a NWHN que coordinara una revisión del borrador de la Política Nacional de SIDA por parte de organizaciones de la sociedad civil, especialmente de grupos de personas que viven con el VIH. El documento final refleja los cambios hechos por este grupo y NWHN participa ahora en el comité del Fondo Mundial en el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de Namibia.

El proyecto Parlamentarios por la Salud de las Mujeres está asegurando que las mujeres VIH-positivas estén involucradas de manera significativa en la toma de decisiones, incluidas las referentes a las políticas nacionales que impactan sus propias vidas. A la fecha ha identificado y abordado algunos de los principales retos para una incidencia política efectiva en torno a la salud sexual y reproductiva, incluidos el estigma y la discriminación, las actitudes patriarcales y la pobreza. El proyecto se basa en actividades de educación y capacitación, investigación de políticas relevantes, así como en alianzas con prestadores de servicios, gobiernos y ONG para construir un movimiento informado y empoderado de incidencia política. Los esfuerzos como este prometen mejorar las políticas, programas y acciones para la salud y los derechos sexuales y reproductivos de las personas que viven con el VIH.



APÉNDICES

APÉNDICE 1

MÁS INFORMACIÓN Y HERRAMIENTAS ÚTILES

Información general sobre Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos de las Personas que Viven con el VIH

Este Paquete de Orientación está basado en un conjunto de documentos de referencia más extensos desarrollados por la Red Global de Personas viviendo con VIH (GNP+), la International Community of Women Living with HIV/AIDS (ICW), Young Positives, EngenderHealth, la Federación Internacional de Planificación de la Familia (IPPF), el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS):

Hawkins, K. (2007). *Creating a supportive health system to ensure the sexual and reproductive health of people living with HIV: A guide*. (No publicado).

Doupe, A. (2007). *Creating a supportive and enabling environment for the sexual and reproductive health of people living with HIV: Legal and policy considerations with recommendations*. (No publicado).

Paxton, S. (2007). *Advocacy relating to the sexual and reproductive health and rights of people living with HIV*. (No publicado).

Global consultation on the sexual and reproductive health and rights of people living with HIV: Consultation report. (2007). Amsterdam, Red Global de Personas viviendo con VIH, Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA, y Young Positives. www.gnpplus.net/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,268/Itemid,53

Reproductive Health Matters. (2007). 15(29, Suppl.). www.who.int/reproductive-health/hiv/docs.html

- Seis de los documentos de referencia preparados para la consulta de Adís Abeba sobre los derechos de las personas que viven con el VIH a la salud sexual y reproductiva fueron publicados en este suplemento.

Global consultation on the rights of people living with HIV to sexual and reproductive health: Meeting report. (2006). Adís Abeba, UNFPA, OMS y EngenderHealth. www.who.int/reproductive-health/hiv/final_global_consultation.pdf

Fact sheet: Sexual and reproductive health and rights. (2006). Londres, Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con

VIH/SIDA y the Global Coalition on Women and AIDS. www.icw.org/files/SRHR-ICW%20fact%20sheet-o6.doc

Meeting the sexual and reproductive health needs of people living with HIV. (2006). Nuevo York y Ginebra, Instituto Guttmacher y ONUSIDA. www.guttmacher.org/pubs/IB_HIV.html

- Este informe de políticas aborda algunas de las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH; y describe los retos y beneficios relacionados con la satisfacción de esas necesidades.

Sexual and reproductive health and HIV/AIDS – A framework for priority linkages. (2005). Londres, Nuevo York, y Ginebra, IPPF, UNFPA, ONUSIDA, y OMS. www.who.int/reproductive-health/stis/docs/framework_priority_linkages.pdf

- Breve documento que propone acciones de políticas y de programa para fortalecer los vínculos entre los programas de salud sexual y reproductiva y los programas de VIH/SIDA. Está también disponible en francés y español:

Salud sexual y reproductiva y VIH/SIDA – Un marco de referencia para establecer vínculos prioritarios. www.who.int/reproductive-health/stis/framework_es.html

Temas específicos y grupos de personas que viven con el VIH

Women and girls living with HIV/AIDS: Overview and annotated Bibliography. (2007). Brighton, BRIDGE and the Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA. www.siyanda.org/Static/esplen_women_hiv.htm

Essential Medicines for Reproductive Health: Guiding Principles for Their Inclusion on National Medicines Lists. (2006). Seattle, PATH, OMS y UNFPA. www.who.int/reproductive-health/publications/essential_medicines/emls_guidingprinciples.pdf

- Las y los gerentes de programas de salud reproductiva, los comités de medicamentos esenciales a nivel nacional y aquellas personas responsables de seleccionar, adquirir y garantizar la calidad de los medicamentos para la salud reproductiva pueden utilizar esta guía para comprender mejor el proceso para desarrollar listas de medicinas esenciales y la forma de incorporar en ellas los medicamentos claves para la salud reproductiva.

HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: A framework for an effective national response. (2006).
Nuevo York, Naciones Unidas, OMS y UNIADS. data.unaids.org/pub/Report/2006/20060701_HIV-AIDS_prisons_en.pdf

- Establece una serie de principios y acciones concretas para garantizar que las personas en prisión tengan acceso a los mismos servicios de prevención, atención, tratamiento y apoyo para el VIH/SIDA que estén disponibles para personas fuera de la prisión; con el objeto de prevenir la propagación del VIH y otras infecciones; y para promover un enfoque integrado de los servicios de salud dentro de las prisiones, con el fin de enfrentar problemas más amplios de salud pública.

Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS – Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings. (2006). Ginebra, OMS y UNFPA. www.who.int/reproductive-health/docs/srhwomen_hivaids/text.pdf

- Aborda las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva de las mujeres que viven con el VIH/SIDA. Incluye recomendaciones para servicios de consejería, terapia antirretroviral, atención y otras intervenciones.

The Yogyakarta Principles: Principles on the application of international human rights law in relation to sexual orientation and gender identity. (2006). Yogyakarta, International Commission of Jurists y International Service for Human Rights. www.yogyakartaprinciples.org/docs/File/Yogyakarta_Principles_EN.pdf

- Con base en acuerdos internacionales de derechos humanos, estos Principios aplican los estándares existentes de derechos humanos a los aspectos de orientación sexual e identidad de género, que incluyen las ejecuciones extrajudiciales, la violencia y la tortura, el acceso a la justicia, la privacidad, la no discriminación, así como el derecho a la libertad de expresión y de asociación, empleo, salud, educación, migración y refugio y la participación en la vida pública.

Challenging, changing and mobilizing: A guide to people living with HIV involvement in Country Coordinating Mechanisms. (2005).
Amsterdam, Red Global de Personas viviendo con VIH. www.gnpplus.net/cms-downloads/files/handbook-EN.pdf

- Guía práctica para las personas que viven con el VIH y que desean involucrarse más en el trabajo de su país con el Fondo Mundial.

How to develop and implement a national drug policy – 2nd edition. (2001). Ginebra, OMS. www.who.int/medicines/areas/policy/en

- Estas directrices actualizadas se enfocan en problemas actuales y nuevos retos en el proceso de una política nacional de medicamentos. Cada capítulo presenta estrategias y enfoques prácticos que pueden usarse para mejorar la situación existente.

Manuales y herramientas de capacitación

Sexual and reproductive health for HIV-Positive women and adolescent girls: A manual for trainers and programme managers. (2006).
Nuevo York, EngenderHealth y the International Community of Women Living with HIV/AIDS.

www.engenderhealth.org/files/pubs/hiv-aids-stis/SRH_for_HIV_Positive_Women_English.pdf.

www.engenderhealth.org/files/pubs/hiv-aids-stis/SRH_for_HIV_Positive_Women_Spanish.pdf.

- El manual proporciona información y una estructura para una capacitación de cuatro días y un taller de planificación de dos días. Disponible también en francés, portugués, ruso y español: Salud sexual y reproductiva para mujeres y niñas adolescentes con VIH: Manual para capacitadores y gerentes de programa.

Reproductive choices and family planning for people living with HIV. (2006). Ginebra, OMS. www.who.int/reproductive-health/publications/fphiv_flipchart/index.htm

- Esta herramienta está diseñada para ayudar a trabajadores sanitarios en la consejería a personas que viven con el VIH, respecto a las opciones de salud sexual y reproductiva y planificación familiar. También puede ayudar a las personas que viven con el VIH a tomar decisiones informadas, saludables y apropiadas sobre sus propias vidas sexuales y reproductivas.

Reducing stigma and discrimination related to HIV and AIDS: Training for health care workers. (2004).
Nuevo York, EngenderHealth. www.engenderhealth.org/res/offc/hiv/stigma/index.html#stigma

- Este documento aborda las causas que originan el estigma y la discriminación, las actitudes de las y los prestadores de servicios respecto al VIH y SIDA, los derechos de la clientela a recibir servicios de salud, así como técnicas apropiadas para la prevención, que ayuden a minimizar el riesgo de la exposición ocupacional al VIH. Tanto el manual del capacitador como la guía para los participantes están disponibles en inglés y francés.

Herramientas de monitoreo e incidencia política

Positive women monitoring change: A monitoring tool on access to care, treatment and support sexual and reproductive health and rights and violence against women created by and for HIV positive women. (2006, actualizada). Londres, International Community of Women Living with HIV/AIDS.

www.icw.org/files/monitoringchangetool-designed.doc

- Esta es una herramienta que las mujeres positivas pueden usar para monitorear los compromisos del gobierno con los derechos de las mujeres VIH-positivas. El paquete también incluye recursos de apoyo sobre salud sexual y reproductiva, acceso al tratamiento, atención y apoyo, así como violencia contra las mujeres.

Fulfilling reproductive rights for women affected by HIV/AIDS. A tool for monitoring progress toward three Millennium Development Goals. (2006). Chapel Hill, NC, Ipas. www.ipas.org/Publications/asset_upload_file245_2897.pdf

- Plantea preguntas que las organizaciones que prestan servicios a las mujeres que viven con el VIH pueden utilizar para evaluar áreas esenciales de atención y de incidencia política, incluidas la provisión de medicamentos antirretrovirales, la información sobre acuerdos internacionales sobre los derechos de las personas que viven con el VIH, así como la inclusión más amplia de las personas que viven con el VIH en el desarrollo y evaluación de programas.

Code of good practice for NGOs responding to HIV/AIDS.

www.hivcode.org

- Este sitio web incluye listas de verificación para la autoevaluación que las ONG pueden utilizar para medir su avance respecto a las acciones transversales sobre el VIH, asegurando el involucramiento de las personas que viven con el VIH, contrarrestando el estigma y la discriminación y apoyando la consejería y prueba voluntaria de VIH.

Declaraciones Internacionales y tratados de derechos humanos

Declaración Universal de los Derechos Humanos. (1948). París, Asamblea General de las Naciones Unidas. www.un.org/spanish/aboutun/hrights.htm

Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial. (1965). Nueva York, Asamblea General

de las Naciones Unidas. Entrada en vigor: 1969. www2.ohchr.org/spanish/law/cerd.htm

Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. (1979). Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. Entrada en vigor: 1979. www2.ohchr.org/spanish/law/cedaw.htm

Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes. (1984). Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. Entrada en vigor: 1987. www2.ohchr.org/spanish/law/cat.htm

Convención sobre los Derechos del Niño. (1989). Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. Entrada en vigor: 1990. www2.ohchr.org/english/law/crc.htm

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos. (1966). Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. Entrada en vigor: 1976. www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales. (1966). Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. Entrada en vigor: 1976. www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm

Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares. (1990). Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. Entrada en vigor: 2003. www.unhchr.ch/html/menu3/b/m_mwctoc.htm

Convención sobre los Derechos de Personas con Discapacidad. (2006). Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. Entrada en vigor: 2008. www2.ohchr.org/english/law/disabilities-convention.htm

Declaración de Compromiso de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2001). Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. www2.ohchr.org/english/law/hiv.htm

Declaración política sobre el VIH/SIDA, Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. (2006). Nueva York, Asamblea General de las Naciones Unidas. data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_es.pdf

APÉNDICE 2

LISTA DE RECOMENDACIONES

CONSULTA GLOBAL SOBRE SALUD Y DERECHOS SEXUALES Y REPRODUCTIVOS (SDSR) DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH (PVVIH), DICIEMBRE DE 2007

Preámbulo

Al reconocer la necesidad de que los Sistemas de Salud (SS) sean holísticos, flexibles, creativos e integrales, para que puedan incluir, cubrir y responder a las diferentes necesidades de salud sexual y reproductiva de las personas que viven con el VIH, es necesario concentrar la atención en:

- Proporcionar un continuo integral de servicios de salud sexual y reproductiva (SSR) para las personas que viven con el VIH (especialmente de las personas nacidas con el VIH) desde su nacimiento y a través de su niñez, adolescencia, vida adulta y vejez.
- Proporcionar servicios de atención integral y suministros para personas VIH-positivas, jóvenes y mayores, transgénero, hombres y mujeres (Ej. atención al cáncer, servicios relacionados con las infecciones de transmisión sexual (ITS), prevención de la transmisión de padres a hijos (PPTPH), anticoncepción y apoyo psicosocial).
- Proporcionar servicios integrales para las mujeres que viven con el VIH, que no se limiten a la prevención de la transmisión vertical, incluidos los programas de tratamiento y apoyo, con un enfoque en la salud de la mujer.
- Proporcionar acceso a los servicios integrales para víctimas de asalto sexual, incluidos el manejo de ITS, la anticoncepción de emergencia y el apoyo psicológico.
- Proporcionar acceso a suministros de SSR, incluidos los lubricantes, los condones femeninos y masculinos, así como los microbicidas rectales y vaginales – en el momento que estén disponibles.

- Desarrollar directrices para las y los trabajadores sanitarios con el fin de que involucren a los hombres en la concepción, la PTPAH y los servicios de planificación familiar.
- Proporcionar servicios para las y los prisioneros jóvenes, especialmente los que estén reclusos en centros juveniles de detención; así como para las mujeres y hombres adultos transgénero (especialmente indígenas) que estén en prisión.
- Proporcionar servicios de reducción de daños que incluyan las necesidades específicas de las personas transgénero VIH-positivas (Ej. inyecciones de hormonas, cirugía para la reasignación de sexo y castración).
- Proporcionar servicios de reducción de daños que incluyan las necesidades específicas de las mujeres VIH-positivas que consumen drogas, incluido el hecho de que las mujeres embarazadas VIH-positivas que sean usuarias de drogas inyectables opioides, continúen recibiendo terapia de sustitución antes, durante y después del parto.
- Involucrar a las personas que viven con el VIH en la educación de las y los prestadores de servicios de salud.
- Involucrar a las personas que viven con el VIH, especialmente las mujeres VIH-positivas, en todos los niveles de los procesos de toma de decisiones sobre SSR.
- Asegurarse de que las personas que viven con el VIH sean involucradas en la formulación de políticas (especialmente en los casos en que no existan) y en su implementación, monitoreo y evaluación. Esto incluye poblaciones claves, i.e., hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres, así como a las y los usuarios de drogas inyectables, trabajadores del sexo, las personas transgénero, indígenas, personas viviendo en entornos de detención, personas con discapacidades y la gente joven.

Involucramiento e inclusión

1. Conforme al Principio de mayor involucramiento de las personas que viven con o están afectadas por el VIH (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.
 - Proporcionar fondos para los servicios de SDSR dirigidos a las personas que viven con el VIH solamente a aquellas organizaciones que demuestren que sus órganos de toma de decisiones estén compuestos por un 25% de personas que viven con el VIH capacitadas y capaces (estos criterios de financiamiento son para

proyectos bilaterales, multilaterales privados, públicos, fundaciones, etc.).

2. Las personas transgénero necesitan ser reconocidas en su propio derecho y no ser clasificadas bajo las categorías de hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH), o como personas lesbianas, gays, bisexuales y transgénero (LGBT), etc.
3. Las redes globales de personas que viven con el VIH necesitan incluir de manera significativa a las personas transgénero en sus procesos de consulta.
4. Es necesario involucrar más a los hombres en la reducción y eliminación de la violencia basada en el género (VBG) contra las mujeres, las personas transgénero y los hombres a través de campañas impulsadas por la comunidad y dirigidas a la reducción de la VBG.

Implementación

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

Acceso

8. Un continuo integral de atención desde el nacimiento y a través de la niñez, adolescencia, vida adulta y vejez (especialmente para las personas nacidas con el VIH).
9. Directrices para las y los trabajadores sanitarios con el fin de involucrar a hombres en los servicios de concepción, PTPAH y planificación familiar.
10. Servicios y suministros de SSR, incluidos los lubricantes y los condones masculinos y femeninos.
11. Servicios integrales de atención y suministros para las personas transgénero VIH-positivas (Ej. atención del cáncer, servicios de ITS, PTPAH, anticoncepción y apoyo psicosocial).
12. Servicios integrales con un alcance mayor que la mera prevención de la transmisión vertical para las mujeres que

viven con el VIH, incluidos los programas de tratamiento, atención y apoyo que se enfocan en la salud de las mujeres.

13. Servicios integrales, accesibles y amigables para las mujeres. Las mujeres embarazadas VIH-positivas que sean consumidoras de drogas opioides inyectables deben continuar recibiendo terapia de sustitución antes, durante y después del parto.
14. Servicios integrales para víctimas de asalto sexual, incluidos el manejo de ITS, la anticoncepción de emergencia y la atención psicológica.
15. Servicios para jóvenes en prisión, especialmente aquellos recluidos en centros juveniles de detención.
16. Servicios de reducción de daños para incluir las necesidades específicas de las personas transgénero VIH-positivas (Ej. La inyección de hormonas, cirugía para la reasignación de sexo y castración).

Capacitación

17. Planes de estudio para que las y los trabajadores sanitarios nuevos y existentes satisfagan las necesidades de SSR de las personas que viven con el VIH (incluidas las personas transgénero, la gente joven y adulta) que aborden la sensibilización acerca de y el apoyo para la SSR de las personas que viven con el VIH.
18. Capacitación de personas jóvenes VIH-positivas en materia de incidencia política.
19. Incluir en los currículos de capacitación el tema de la disfunción sexual de las personas que viven con el VIH, tanto para las que están como para las que no están bajo tratamiento.

Temas Legales

Hay necesidad de un apoyo sólido (por ejemplo a través de declaraciones de posición, resúmenes de políticas, documentos de orientación técnica, financiamiento para la incidencia política a favor de la SDRS y el cabildeo con los gobiernos nacionales) por parte de organizaciones aliadas (ONU, gobiernos y sociedad civil) para revocar leyes que penalizan a las personas VIH-positivas y que impiden el goce pleno de su SDRS. El trabajo en esta área debe incluir:

20. Un sólido soporte de aliados (ONU, gobiernos y sociedad civil) para oponerse y presionar para la revocación de leyes que penalizan el derecho de las personas VIH-positivas a gozar plenamente de su SSR.

21. Equidad en las leyes de adopción y custodia de las y los niños para padres VIH-positivos.
22. Remoción de leyes que contravengan el derecho a contraer matrimonio y las barreras para formar una familia.

Monitoreo y evaluación

23. Los sistemas de monitoreo y evaluación necesitan ser apoyados, para que a través de ellos las personas que viven con el VIH puedan documentar e informar sobre casos de estigma y discriminación, así como de violaciones a la SDR por parte de prestadores de servicios de salud, incluidos los especializados en SSR y VIH.

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. El mapeo y monitoreo de las mejores prácticas del GIPA.
25. El desarrollo de una herramienta para monitorear la situación de la SDR de las personas que viven con el VIH (incluidos los entornos de atención a la salud, las políticas y programas) y monitorear periódicamente la situación a través de las redes de personas que viven con el VIH, incluida Red Global de Personas viviendo con VIH, la International Community of Women, Young Positives, así como las redes nacionales de personas que viven con el VIH.

Capítulo 1

- 1 Ver, por ejemplo, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (2008), *Claiming the Millennium Development Goals: A human rights approach*. Nueva York y Ginebra: Naciones Unidas. Disponible en línea en www2.ohchr.org/SPdocs/Claiming_MDGs_en.pdf
- 2 Resultado de la Cumbre Mundial 2005, Documento de la ONU A/RES/60/1. Ver párrafo.57(g) Lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo, integrar ese objetivo en las estrategias encaminadas a alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio y orientados a reducir la mortalidad materna, mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil, promover la igualdad entre los géneros, luchar contra el VIH/SIDA y erradicar la pobreza;” Disponible en línea en unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/UN/UNPAN021757.pdf
- 3 A principios de 2008 la Comisión Nacional de SIDA en Suiza (EKAF) emitió un comunicado sobre el riesgo de la transmisión del VIH cuando se está bajo tratamiento antirretroviral y en ausencia de otras infecciones de transmisión sexual. La Comisión declara que “una persona infectada con el VIH y que esté bajo terapia antirretroviral con viremia completamente suprimida (‘TAR efectivo’) no es sexualmente infecciosa, i.e. no puede transmitir el VIH a través del contacto sexual”. Sin embargo, la Comisión califica su declaración haciendo notar que se considera válido siempre y cuando: (a) la persona se apega a la terapia antirretroviral, cuyos efectos tienen que ser evaluados con

regularidad por el médico tratante; y, (b) la carga viral haya sido suprimida (<40 copias/ml) por al menos seis meses; y, (c) que no haya otras infecciones de transmisión sexual. Ver Vernazza, P., et al. (2008). Les personnes séropositives ne souffrant d’aucune autre MST et suivant un traitement antirétroviral efficace ne transmettent pas le VIH par voie sexuelle, *Bulletin des médecins suisses* 89, 165-169. Disponible en línea en www.saez.ch/pdf_f/2008/2008-05/2008-05-089.PDF. En respuesta a esta declaración, el ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud han reiterado la importancia de un enfoque integral a la prevención del VIH, incluido el uso correcto y consistente de los condones. La declaración conjunta de ONUSIDA/OMS reconoce que la investigación sugiere que cuando la carga viral es indetectable en la sangre, el riesgo de transmisión del VIH se reduce de manera significativa, pero continúa para señalar que no se ha probado completamente la eliminación del riesgo de transmisión del virus. Ver “Antiretroviral therapy and sexual transmission of HIV” (1 de febrero de 2008). Disponible en línea en data.unaids.org/pub/PressStatement/2008/080201_hivtransmission_en.pdf

- 4 *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. (2006). UNFPA y OMS. Disponible en línea en www.who.int/hiv/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf
- 5 *Global Consultation on the Rights of People Living with HIV to Sexual and Reproductive Health: Meeting Report*. (2006). Addis Ababa, Ethiopia; 27-30 March 2006. Disponible en línea en www.who.int/reproductive-health/hiv/final_global_consultation.pdf

- 6 *Global Consultation on the Sexual and Reproductive Health and Rights of People Living with HIV: Consultation Report*. (2007) Amsterdam, Red Global de Personas viviendo con VIH, International Community of Women Living with HIV/AIDS, y Young Positives. www.gnpplus.net/component/option,com_docman/task,doc_download/gid,268/Itemid,53
- 7 “Doble protección” se refiere a la protección tanto de infecciones de transmisión sexual como de embarazos no deseados.

Capítulo 2

- 8 *Financial Resources Required to Achieve Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support*. (2007). Ginebra, ONUSIDA. data.unaids.org/pub/Report/2007/20070925_advocacy_grne2_en.pdf
- 9 Plan de Emergencia del Presidente de los EUA para Aliviar el SIDA.
- 10 Para una revisión de los requerimientos para gastos del PEPFAR en el área de prevención, ver United States Government Accountability Office (2006), *Spending Requirement Presents Challenges for Allocating Prevention Funding under the President’s Emergency Plan for AIDS Relief*. Disponible en línea en www.gao.gov/new.items/do6395.pdf
- 11 Dräger, S., Gedik, G. & Dal Poz, M. (2006). Health workforce issues and the Global Fund to fight AIDS, Tuberculosis and Malaria: an analytical review. *Human Resources for Health*, 4, 23. www.human-resources-health.com/content/4/1/23/abstract
- 12 Background Discussion Paper No. 3 for the Interagency Consultation on the Selection and Delivery of Essential Medicines and Commodities for Reproductive Health. In *Reproductive Health Medicines in National Essential Medicines Lists: A Research Report*. (2003). Ginebra, OMS; PATH, OMS y

- UNFPA. (2006). *Essential Medicines for Reproductive Health: Guiding Principles for Their Inclusion on National Medicines Lists*. Seattle, PATH. www.who.int/medicines/publications/EssMeds_RHealth.pdf
- 13 *The World Health Report 2006 - Working together for health*. (2006). Ginebra, OMS. www.who.int/entity/whr/2006/whro6_en.pdf
- 14 Ver por ejemplo, *AIDS Discrimination in Asia*. (2004). Red de Asia y el Pacífico de personas que viven con el VIH/SIDA. Disponible en línea en www.apnplus.org/document/AIDS%20Discrimination%20in%20Asia.pdf
- 15 Para consultar un ejemplo de un manual del capacitador que emplea esos enfoques, ver *Reducing Stigma and Discrimination Related to HIV and AIDS: Training for Health Care Workers*. (2004). EngenderHealth. Disponible en línea en www.EngenderHealth.org/files/pubs/hiv-aids-stis/reducing_stigma_trainer_English.pdf
- 16 Para un análisis adicional sobre estos temas ver *Treat, Train, Retain: The AIDS and Health Workforce Plan; Report on the Consultation on AIDS and Human Resources for Health*. (2006). Ginebra, OMS, 11-12 Mayo 2006. Disponible en línea en www.who.int/hiv/pub/meetingreports/TTRmeetingreport2.pdf
- 17 *Collaboration with traditional healers in HIV/AIDS prevention and care in sub-Saharan Africa: A literature review*. (2000). Ginebra, ONUSIDA. data.unaids.org/Publications/IRC-pub01/jc299-tradheal_en.pdf
- 18 Kaai, S., et al. (2004). *Experiences of postpartum women with PMTCT: the need for community-based approaches*. 11th Reproductive Health Research Priorities Conference, Sun City, South Africa, 5-9 October 2004.
- 19 *The World Health Report 2004: Changing History*. (2004). Ginebra, OMS. www.who.int/entity/whr/2004/en/report04_en.pdf
- 20 Un ejemplo de ese tipo de herramienta de monitoreo es el Índice de Estigma de las Personas que Viven con VIH, el cual incluye la calidad de los servicios de VIH y de salud sexual y reproductiva, la discriminación en entornos de servicios de salud y otros temas relevantes. Para mayor información ver www.stigmindex.org y para tener acceso a la guía del usuario de la herramienta de la encuesta.
- 21 Ver también *Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities*. (2007). OMS y ONUSIDA. Disponible en línea en www.who.int/hiv/pub/guidelines/9789241595568_en.pdf
- 22 El Comité sobre los Derechos del Niño, organismo del tratado de derechos humanos de las Naciones Unidas para monitorear la implementación de la Convención sobre los Derechos del Niño, ha expresado su preocupación en el sentido de que “los servicios de salud generalmente son todavía insuficientemente receptivos a las necesidades de las y los niños menores de 18 años de edad, especialmente de los adolescentes”. Además, ha señalado que “las y los niños tienen más probabilidad de usar los servicios que son amigables y solidarios, que proporcionan una amplia gama de servicios e información y que están orientados hacia sus necesidades; y que les dan la oportunidad de participar en decisiones que afectan su salud, que son accesibles, asequibles, confidenciales y que están libres de críticas, que no requieren consentimiento de los padres y que no son discriminatorios”. Ver Comité sobre los Derechos del Niño (2003), Comentario General No. 3, “HIV/AIDS and the Rights of the Child”. Disponible en línea en www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/GC3_en.doc
- 23 Gallant, M. & Maticka-Tyndale, E. (2004). School-based HIV prevention programmes for African youth. *Social Science and Medicine*, 58(7), 1337-1351; Magnani, R., et al. (2005). The impact of life skills education on adolescent sexual risk behaviours in KwaZulu-Natal, South Africa. *Journal of Adolescent Health*, 36(4), 289-304; Kirby, D., Laris, B.A. & Rolleri, L. (2005). Impact of Sex and HIV Education Programs on Sexual Behaviors of Youth in Developing and Developed Countries. *Youth Research Working Paper No. 2*. Arlington, VA, Family Health International/YouthNet.
- 24 King R. *Collaboration With Traditional Healers in HIV/AIDS Prevention and Care in Sub-Saharan Africa: A Literature Review*. (2005). Ginebra, ONUSIDA. www.hst.org.za/uploads/files/Collab_Lit_Rev.pdf#search=UNAIDS%202000; Kapungwe, A.K. (2003). Traditional cultural practices of imparting sex education and the fight against HIV/AIDS: The case of initiation ceremonies for girls in Zambia. *African Sociological Review*, 7(1), 35-52. www.codesria.org/Links/Publications/asr7_1full/aids_zambia.pdf; Kayombo, E.J. et al. (2007). Experience of initiating collaboration with traditional healers in managing HIV and AIDS in Tanzania. *Journal of Ethnobiology and Ethnomedicine*, 3(6). www.ethnobiomed.com/content/3/1/6.
- 25 *Medical Eligibility Criteria for Contraceptive Use*. (2004). Ginebra, OMS. www.who.int/reproductive-health/publications/mec/mec.pdf
- 26 Strachan, M., et al. (2004). *An Analysis of Family Planning Content in HIV/AIDS, VCT, and PMTCT Policies in 16 Countries*. Washington, DC, Proyecto Policy. www.policyproject.com/pubs/workingpapers/wps-09.pdf.
- 27 Delvaux, T., et al. (2003). The need for family planning and safe abortion services among women sex workers seeking STI care in Cambodia. *Reproductive Health Matters*, 11(21), 88-95.
- 28 *Safe Abortion: Technical and Policy Guidance for Health Systems*. (2003). Ginebra, OMS. www.who.int/reproductive-health/publications/safe-abortion-technical-policy-guidance-for-health-systems.pdf

- who.int/reproductive-health/publications/safe_abortion/safe_abortion.pdf
- 29 *AIDS Discrimination in Asia*. (2004). Asia Pacific Network of People living with HIV/AIDS, Bangkok. www.apnplus.org/document/AIDS%20Discrimination%20in%20Asia.pdf; *HIV/AIDS: Reproductive Rights on the Line*. (2002). New York, Center for Reproductive Rights. www.reproductiverights.org/pdf/bp_HIV_rroline.pdf; DeBruyn, M. (2005). *HIV/AIDS and reproductive health. Sensitive and neglected issues. A review of the literature. Recommendations for Action*. Chapel Hill, NC, Ipas.
- 30 Ross, A., et al. (2004). HIV-1 disease progression and fertility: the incidence of recognised pregnancy and pregnancy outcome in Uganda. *AIDS*, 18(5), 799-804; Lewis, J.J.C. (2004). The population impact of HIV on fertility in sub-Saharan Africa. *AIDS*, 18(Suppl. 2), S35-S43.
- 31 *Sexual and reproductive health of women living with HIV/AIDS: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. (2006). Ginebra, OMS y UNFPA. www.who.int/entity/pub/guidelines/sexualreproductivehealth.pdf
- 32 Coovadia, H.M., et al. (2007). Mother-to-child transmission of HIV-1 infection during exclusive breastfeeding in the first 6 months of life: An intervention cohort study. *The Lancet*, 369, 1107-1116. www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607602839/fulltext
- 33 Ellerbrock, T.V., et al. (2000). Incidence of cervical squamous intraepithelial lesions in HIV-infected women. *Journal of the American Medical Association*, 283(8), 1031-1037. jama.ama-assn.org/cgi/reprint/283/8/1031.pdf; Sun, X.W., et al. (1995). Human papillomavirus infection in human immunodeficiency virus-seropositive women. *Obstetrics & Gynecology*, 85, 680-686; Östör, A.G. (1993). Natural history of cervical intraepithelial neoplasia: a critical review. *International Journal of Gynecological Pathology*, 12(2), 186-192; Lomalisa, P., Smith, T., Guidozzi, F. (2000). Human immunodeficiency virus infection and invasive cervical cancer in South Africa. *Gynecologic Oncology*, 77(3), 460-463.
- Capítulo 3**
- 34 *Constitución de la OMS*. (1946). Genève, OMS. www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf; Artículo 25. *Universal Declaration of Human Rights*. (1948). Paris, United Nations General Assembly. www.unhcr.ch/udhr/lang/eng.htm; Artículo 5. *Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination*. (1965). New York, United Nations General Assembly. Entrada en vigor: 1969. www2.ohchr.org/english/law/cerd.htm; Artículos 7, 11 y 12. *International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights*. (1966). New York, United Nations General Assembly. Entrada en vigor: 1976. www.unhcr.ch/html/menu3/b/a_ceschr.htm; Artículos 10, 12 y 14. *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*. (1979). New York, United Nations General Assembly. Entrada en vigor: 1979. www2.ohchr.org/english/law/cedaw.htm; Artículo 24. *Convention on the Rights of the Child*. (1989). New York, United Nations General Assembly. Entrada en vigor: 1990. www2.ohchr.org/english/law/crc.htm.
- 35 Para un análisis adicional ver *Policy Brief: Criminalization of HIV Transmission*, (2008). ONUSIDA y UNDP. Disponible en línea en data.unaids.org/pub/BaseDocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf
- 36 Mosher, W.D., Chandra, A. & Jones, J. (2005). *Sexual Behavior and Selected Health Measures: Men and Women 15-44 Years of Age, United States, 2002*. *Advance Data From Vital and Health Statistics*, 362, United States Centers for Disease Control and Prevention. www.cdc.gov/nchs/data/ad/ad362.pdf; Leichter, J.S. et al. (2007). Prevalence and correlates of heterosexual anal and oral sex in adolescents and adults in the United States. *Journal of Infectious Disease*, 196(12), 1852-1859; Cáceres, C.F. et al., (1997). Young people and the structure of sexual risks in Lima, *AIDS*, 11(suppl. 1), S67-77; Ramjee, G. & Gouws, E. (2002). Prevalence of HIV among truck drivers visiting sex workers in KwaZulu-Natal, South Africa. *Sexually Transmitted Diseases*, 29, 44-49.
- 37 *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights: 2006 Consolidated Version*. (2006). La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y UNOSIDA. Disponible en línea en data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf
- 38 Como se anotó anteriormente, sin embargo, algunos medicamentos antirretrovirales pueden interactuar con algunos anticonceptivos orales, afectando potencialmente la efectividad de alguno o de ambos medicamentos. El ajustar la dosis, cambiar a otro anticonceptivo o usar condones puede resolver este problema.
- 39 Stephenson, J.M. & Griffioen A. (1996). The effect of HIV diagnosis on reproductive experience. Study Group for the Medical Research Council Collaborative Study of Women with HIV. *AIDS*, 10(14), 1683-1687.
- 40 *The World's Abortion Laws*. (2008). Center for Reproductive Rights. Disponible en línea en reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/pub_fac_abortionlaws2008.pdf
- 41 *HIV/AIDS: Reproductive Rights on the Line*. (2002). New York, Center for Reproductive Rights. www.reproductiverights.org/pdf/bp_HIV_rroline.pdf; *AIDS Discrimination in Asia*.

- (2004). Bangkok, Asia Pacific Network of People living with HIV/AIDS, www.apnplus.org/document/AIDS%20Discrimination%20in%20Asia.pdf; *Sexual and Reproductive Health Needs of Women and Adolescent Girls Living with HIV: Research Report on Qualitative Findings from Brazil, Ethiopia and the Ukraine*. (2006). New York, EngenderHealth/UNFPA. www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/619_filename_srh-of-hiv-positive-women.pdf.
- 42 Artículo 16. *Universal Declaration of Human Rights*. (1948). Paris, United Nations General Assembly. www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm; Guideline 5: Antidiscrimination and protective laws. In *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, 2006 Consolidated Version*. (2006). Ginebra, La Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos y ONUSIDA. data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf
- 43 Los ensayos realizados en Kisumu, en Kenia; así como en el Distrito Rakai, en Uganda, han revelado al menos un 53% y un 51% de reducción en el riesgo de adquirir la infección por VIH, respectivamente. Estos resultados apoyan los hallazgos publicados en 2005 por el South Africa Orange Farm Intervention Trial, patrocinado por la Agencia Nacional Francesa para la Investigación del SIDA, el cual demostró al menos un 60% de reducción en la infección por VIH entre hombres que fueron circuncidados. Bailey, R.C., et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in young men in Kisumu, Kenya: a randomised controlled trial. *The Lancet*, 369, 643-656. www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603122/fulltext; Gray, R.H., et al. (2007). Male circumcision for HIV prevention in men in Rakai, Uganda: a randomised trial, *The Lancet*, 369, 657-666. www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673607603134/fulltext; Auvert, B, et al. Randomized, controlled intervention trial of male circumcision for reduction of HIV infection risk: the ANRS 1265 Trial. (2005). *PLoS Medicine*, 2(11), e298. medicine.plosjournals.org/perlserv/?request=get-document&doi=10.1371%2Fjournal.pmed.0020298.
- 44 *New Data on Male Circumcision and HIV Prevention: Policy and Programme Implications*. (2007) Ginebra, OMS y ONUSIDA. data.unaids.org/pub/Report/2007/mc_recommendations_en.pdf
- 45 *Safe, Voluntary, Informed Male Circumcision and Comprehensive HIV Prevention Programming: Guidance for decision-makers on human rights, ethical and legal considerations*. (2008). ONUSIDA. Disponible en línea en data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1552_circumcision_en.pdf
- 46 Jenkins, C., et al. (2006). *Violence and Exposure to HIV Among Sex Workers in Phnom Penh, Cambodia*. Washington, DC, Proyecto Policy. www.researchforsexwork.org/downloads/Jenkins-CambodiaFinal.pdf
- 47 *2006 Report on the Global AIDS Epidemic*. (2006). Ginebra, ONUSIDA. www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/default.asp
- 48 Disponible en línea en www.yogyakartaprinciples.org
- 49 Sanders, D. (2007). *Human rights and sexual orientation in international law*. Brussels, International Lesbian and Gay Association. www.ilga.org/news_results.asp?LanguageID=1&FileCategory=7&ZoneID=7&FileID=1078.
- 50 *Malawi: HIV/AIDS project reaches out to prisoners*. UN Office for the Coordination of Humanitarian Affairs. IRINNews. Retrieved November 13, 2002. www.irinnews.org/report.asp?ReportID=30904
- 51 *Trends in Total Migrant Stock: The 2005 Revision: CD-ROM Documentation*. (2006). New York, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas, www.un.org/esa/population/publications/migration/UN_Migrant_Stock_Documentation_2005.pdf.
- 52 Para un análisis adicional ver *Report of the International Task Team on HIV-related Travel Restrictions: Findings and Recommendations*. (2008). Disponible en línea en data.unaids.org/pub/Report/2008/20081017_itt_report_travel_restrictions_en.pdf. Ver también los tres documentos encargados por el Grupo de trabajo: *Mapping of restrictions on the entry, stay and residence of people living with HIV* (data.unaids.org/pub/InformationNote/2008/20081027_crp5_mappingdocument_itt_final_en.pdf), *The impact of HIV-related restrictions on entry, stay and residence: personal narratives* (data.unaids.org/pub/InformationNote/2008/20081027_crp6_personalnarratives_itt_final_en.pdf), y *The impact of HIV-related restrictions on entry, stay and residence: an annotated bibliography* (data.unaids.org/pub/InformationNote/2008/20081027_crp4_annotatedbiblio_itt_final_en.pdf).
- 53 Ver el *Report of the International Task Team on HIV-related Travel Restrictions*, pp. 19-20.
- 54 Los procedimientos especiales del Consejo de Derechos Humanos de las Naciones Unidas es un ejemplo de ello. Expertos independientes (frecuentemente llamados “Relatores Especiales”) nombrados por el Consejo tienen el encargo de ocuparse de casos individuales, incluidos los temas de derechos relacionados con la salud. Para mayor información ver www2.ohchr.org/english/bodies/chr/special/communications.htm
- 55 Para una colección de referencias de jurisprudencia, ver *Courting Rights: Case Studies in Litigating the Human Rights of People Living with HIV*. (2006). ONUSIDA y la Red Legal Canadiense sobre VIH/SIDA. Disponible en línea en data.unaids.org/

Publications/IRC-pubo7/jc1189-courtingrights_en.pdf

56 Para mayor información, ver www.stigmaindex.org/

57 Para mayor información, ver www.unfpa.org/hiv/reportcard.htm

58 Para mayor información, ver www.aidstreatmentaccess.org/

Capítulo 4

59 Paxton, S. (2002). The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education. *AIDS Education and Prevention*, 14(4), 282-294.

60 Para ejemplos de estrategias y programas, ver *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes – A resource for national stakeholders in the HIV response*. (2007). ONUSIDA. Disponible en línea en data.unaids.org/pub/Report/2008/jc1420-stigmadiscrimi_en.pdf

61 Merkel, J. (2006). *Advocacy Tool – The Sexual and Reproductive Rights and Health of HIV Positive Women in South Africa*. Londres, Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH/SIDA. www.icw.org/files/SRHRs%20South%20Africa%20-%2006.doc; Duvvury, N., Prasad, N. & Kishore N. (2006). *HIV & AIDS – Stigma and Violence Reduction Intervention Manual*. Washington, DC, International Center for Research on Women. www.icrw.org/docs/2006_SVRI-Manual.pdf.

62 Ver ONUSIDA, OMS y OACDH (2009, forthcoming), *Policy Brief: HIV and Disability*.

63 Para más información sobre este tema, ver *Policy Brief: HIV, Food Security and Nutrition*. (2008). World Food Programme, OMS y ONUSIDA. Disponible en línea en data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1515a_policybrief_nutrition_en.pdf

64 *Declaración de la Cumbre de París sobre el SIDA*, 1 de diciembre de 1994. data.unaids.org/pub/ExternalDocument/2007/theparisdeclaration_en.pdf

65 Paxton, S. (2002). The impact of utilizing HIV-positive speakers in AIDS education.

AIDS Education and Prevention, 14(4), 282-294; Takai, A., et al. (1998). Correlation between history of contact with people living with HIV/AIDS (PWAs) and tolerant attitudes toward HIV/AIDS and PWAs in rural Thailand. *International Journal of STD and AIDS*, 9(8), 482-484.

66 Disponible en línea en www.hivcode.org/

67 *Sexual and Reproductive Health Needs of Women and Adolescent Girls Living with HIV: Research Report on Qualitative Findings from Brazil, Ethiopia and the Ukraine*. (2006). Nuevo York, EngenderHealth y Fondo de Población de las Naciones Unidas.

www.unfpa.org/upload/lib_pub_file/619_filename_srh-of-hiv-positive-women.pdf; *Reducing Stigma and Discrimination Related to HIV/AIDS: Training for Health Care Workers*. (2004). Nuevo York, EngenderHealth. www.engenderhealth.org/pubs/hiv-aids-sti/reducing-stigma.php

68 Para mayor información, ver www.stigmaindex.org/

69 *AIDS Discrimination in Asia*. (2004). Bangkok, Asia Pacific Network of People living with HIV/AIDS. www.apnplus.org/document/AIDS%20Discrimination%20in%20Asia.pdf

70 Para una lista parcial de posibles áreas de investigación, ver recuadro “Recomendaciones de Incidencia Política” en el Capítulo 4.

71 De Bruyn, M. (2006). *Fulfilling reproductive rights for women affected by HIV/AIDS. A tool for monitoring progress toward three Millennium Development Goals*. Updated version. Chapel Hill, NC, Ipas. www.icw.org/files/Ipas%20MDG-HIV-RH%20monitoring%20tool%208-06.pdf; De Bruyn, M. (2006). ‘There’s nothing you could do if your rights were being violated.’ *Monitoring Millennium Development Goals in relation to HIV-positive women’s rights*. Chapel Hill, NC, Ipas. www.icw.org/files/

[Ipas%20MDG-HIV-RH%20monitoring%20tool%208-06.pdf](http://www.icw.org/files/Ipas%20MDG-HIV-RH%20monitoring%20tool%208-06.pdf).

72 Para mayor información, ver www.ohchr.org/EN/HRBodies/Pages/HumanRightsBodies.aspx

73 Para buscar recomendaciones de todos los órganos de vigilancia de los tratados (que incluye búsquedas por país y palabra clave – Ej. “VIH”), ver www.universalhumanrightsindex.org/es/index.html

74 *Parliamentarians for Women’s Health. Listening to HIV-positive women. In Financing Gender Equality 2007: Commonwealth Perspectives*. (2007). Londres, Secretariado de la Mancomunidad, pp. 72-75. www.icw.org/files/Listening%20to%20HIV%20positive%20Women_Parliamentarians%20for%20Womens%20Health.pdf

CRÉDITOS FOTOGRÁFICOS

- Página 8 – A. ONUSIDA/B. Press: Toco, Trinidad. Actividad de comunicación; B. Pradeep Tewari, Cortesía de Photoshare: Un hombre VIH-positivo, una mujer y una niña se reúnen con un médico y una activista en Chandigarh, India; C. ONUSIDA/C. Sattlberger: Una joven madre VIH-positiva con su hijo, ciudad de Guatemala. D. ONUSIDA/A.Gutman: Casa de Baylor, centro de atención para PVVIH en Mozambique; E. ONUSIDA/S. Noorani : Escenas del distrito pobre de burdeles conocido como Phum Thmev (Nuevo Poblado) Sihanoukville Province. Camboya; F. ONUSIDA/L.Taylor : Festival Schelikovo, distrito de Kostroma, Rusia. Jóvenes interactuando, riendo, cantando, danzando, bebiendo y siendo felices; G. ONUSIDA/G.Pirozzi: Manila, Philippines; H. ONUSIDA/L.Taylor: Padre e hijo en la comunidad de Bibianiha, cerca de Accra, Ghana.
- Página 11 – Pradeep Tewari, Cortesía de Photoshare: Puja Thakur, una mujer VIH-positiva de Chandigarh, India, habla acerca de VIH/SIDA, salud reproductiva y derechos sexuales de las mujeres ante estudiantes de una escuela de gobierno en la villa de Kaimbwa cerca de Chandigarh.
- Página 15 – ONUSIDA/O.O’Hanlon: Proyecto de Continuo de Atención proporciona atención en instalaciones de salud y con base en la comunidad para personas que viven con el VIH, provenientes de 20 hospitales de referencia en Camboya.
- Página 19 – ONUSIDA/P.Virot: Mali
- Página 20 – ONUSIDA/A.Gutman: Hospital Misión San Gabriel en Lilongwe, Malawi, 2006. Este hospital tiene servicios de PTMAH, así como de Consejería y Prueba Voluntaria.
- Página 22 – ONUSIDA/B.Neeleman: Un pequeño grupo de niños en condición de calle en Maputo, Mozambique, informa a los transeúntes sobre los riesgos del sexo inseguro y demuestra el uso apropiado de los condones para prevenir la infección por VIH.
- Página 24 – ONUSIDA/G.Pirozzi: Centro Comunitario Kibera, Kenia. Florence (27) y Saúl (21), ambos VIH-positivos, son educadores pares en el centro.
- Página 29 – ONUSIDA/G.Pirozzi: Comadronas tradicionales en una conversación con una mujer embarazada, Cairo, Egipto. Comadronas tradicionales reciben información sobre VIH/SIDA durante su capacitación.
- Página 31 – IRIN/G. Cranston: Sabila, de 15 años ha sido maltratada en repetidas ocasiones por su esclavizador, habiendo sido violada con frecuencia. Ella nació en la esclavitud. Es una entre 43,000 personas esclavizadas en Nigeria, África Occidental. La mayoría de ellas son víctimas de abuso físico y, con frecuencia, sexual.
- Página 32 – Sisca J. Esperanza, Cortesía de Photoshare: Adolescentes de la comunidad se reúnen en la plaza HI en Jakarta, Indonesia en apoyo a los derechos humanos y los derechos de las personas gay.
- Página 33 – ONUSIDA/R.Bowman: Edificio de las Naciones Unidas en Nueva York, con el Listón Rojo durante la UNGASS.
- Página 36 – IRIN/Allan Gichigi: Mujeres de la localidad se forman para recibir la prueba de VIH en el centro de consejería voluntaria, Centro de Salud Gongoni, Malindi, Kenia, julio de 2007.
- Página 38 – ONUSIDA/K.Hesse: Una pareja de recién casados se toman la foto de su boda en el puente de la amistad en Dandong, China.
- Página 40 – ONUSIDA/S.Noorani: Una trabajadora del sexo comercial en Phum Thmev. Provincia de Sihanoukville , Camboya.
- Página 41 – IRIN/Tanvir Ahmed-Dirk: Consumidores de drogas a un lado de la carretera en Dhaka, capital de Bangladesh, febrero de 2008. Algunas ONG están distribuyendo jeringas nuevas; pero muchas personas que viven con la adicción todavía comparten agujas con otras usuarias, aumentando con ello el riesgo de la enfermedad.
- Página 44 – IRIN/Hugo Rami: Dos prisioneros esperan tras las rejas por una segunda oportunidad de obtener su libertad por la corte de apelaciones en la República Democrática del Congo, mayo de 2006. Después de cinco años de guerra civil y décadas de tensiones sociales, la infraestructura del país está casi completamente destrozada.
- Página 46 – ONUSIDA/L.Taylor: Actividades del Día Mundial del SIDA en Kiev, Ucrania.
- Página 47 – IRIN/Sarah Mace: Un grupo de personas VIH-positivas marcha a través de Nairobi para protestar por una enmienda propuesta que podría elevar sustancialmente el precio de los ARV y otros medicamentos que salvan vidas, 25 de julio de 2006.
- Página 49 – ONUSIDA/L.Gubb: PHAKAMA (¡Levántate!, ¡Ponte de Pie!) grupo de teatro participativo presenta una obra sobre violación y violencia contra las mujeres, así como los peligros para la propagación de la infección por VIH. Sudáfrica.
- Página 50 – ONUSIDA/L.Taylor: Trabajadoras del sexo haciendo la parada a camioneros. Rusia.
- Página 53 – GNP+: Gente joven conversando durante la Consulta Técnica sobre Salud Positiva, Dignidad y Prevención, organizada por GNP+ y ONUSIDA, en Túnez, Abril de 2009.
- Página 59 – A. ONUSIDA/L.Gubb: Área de Tzaneen, Sudáfrica. Mujeres Shangaan vestidas en forma tradicional de la zona rural de Tzaneen, muchas de ellas viudas a causa del VIH/SIDA, o viviendo ellas mismas con la infección, danzan y cantan canciones que ellas hay compuesto sobre el VIH en una reunión de su grupo de apoyo; B. ONUSIDA/O.O’Hanlon: Phnom Penh tiene más de 5,000 trabajadoras del sexo que trabajan directa e indirectamente en burdeles y que venden sexo para complementar su ingreso. Chhouk Sar es un grupo de apoyo para trabajadoras del sexo VIH-positivas, que es dirigido por las mismas trabajadoras del sexo VIH-positivas (o que anteriormente fueron trabajadoras del sexo). Camboya; C. ONUSIDA/C. Sattlberger: Miembro del Proyecto OASIS entregando condones a TSC travesti. Ciudad de Guatemala; D. ONUSIDA/A.Gutman: Casa Baylor, centro de atención para PVVIH en Mozambique; E OMS/A.Waak: En la clínica de salud de Centro Velho, en Santos, Brasil, un equipo de trabajadores sanitarios, dentistas y trabajadores sociales ofrecen asesoría médica, pruebas y atención a personas con VIH y SIDA; F ONUSIDA/P.Virot: Marruecos; G. Rick Maiman/David and Lucile Packard Foundation, Cortesía de Photoshare: Jóvenes adolescentes escuchan por fuera de la ventana de una clase de educación sexual, en una de las áreas más pobres de la Ciudad de México; H. ONUSIDA/B. Press: Trinidad. Vendedora de frutas en el mercado.

