



INFORMACION SALUD



Sumario

VIH.	Agenda de Salud	4
	Declaración de Ungass	5
	Discurso de Guines García	12
	Prevención Hoy	13
	Derechos	18
	Niños y Madres HIV	26
	Trabajo y VIH	31
	Campaña VIH 2007 - CABA	34
HOMOFOBIA	35
DIABETES	49



Agenda de Salud

Febrero	4	Día Mundial de lucha contra el Cáncer
Marzo	8	Día Internacional de la Mujer
Abril	7	Día Mundial del SIDA / Salud
	13	Día del Kinesiólogo
Mayo	11	Día Internacional de la Enfermería
Junio	15	Día del Bioquímico
	25	Día del Otorrinolaringólogo
Agosto	11	Día del Nutricionista
	31	Día de la Obstetra y la Embarazada
Septiembre	17	Día del Psicopedagógico
	21	Día de la Sanidad
Octubre	7	Día del Voluntariado hospitalario
	12	Día del Farmacéutico
	20	Día del Pediatra
Noviembre	4	Día de la Diabetes
	21	Día de la enfermera - Química
Diciembre	1	Día de lucha contra SIDA
	3	Día del Médico

**Aplicación de la
Declaración de compromiso
sobre el VIH/SIDA:
Indicadores básicos**

Periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH-SIDA

Declaración de UNGASS

Naciones Unidas A/RES/60/262

Asamblea General - 15 de junio de 2006
Sexagésimo período de sesiones
Resolución aprobada por la Asamblea General
60/262. Declaración política sobre el VIH/SIDA
87ª sesión plenaria. 2 de junio de 2006
Anexo

Declaración Política sobre el VIH/SIDA

1. Nosotros, los Jefes de Estado y de Gobierno y representantes de los Estados y gobiernos que participan en el examen amplio de los progresos realizados en el logro de las metas establecidas en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA efectuado los días 31 de mayo y 1º de junio de 2006, y en la reunión de alto nivel celebrada el 2 de junio de 2006;

2. Observamos con alarma que nos enfrentamos con una catástrofe humana sin precedentes; que, transcurrido un cuarto de siglo desde el inicio de la pandemia, el SIDA ha infligido inmensos sufrimientos a países y comunidades de todo el mundo; que más de 65 millones de personas han sido infectadas por el VIH, más de 25 millones han muerto de SIDA, 15 millones de niños han quedado huérfanos y varios millones más en situación de vulnerabilidad como consecuencia del SIDA; y que 40 millones de personas viven actualmente con el VIH, más del 95% de las cuales se encuentran en países en desarrollo;

3. Reconocemos que el VIH/SIDA constituye una emergencia mundial y uno de los desafíos más formidables para el desarrollo, el progreso y la estabilidad de cada una de nuestras sociedades y del mundo en su conjunto que requiere una respuesta global amplia y excepcional;

4. Observamos que las actividades emprendidas a nivel nacional e internacional han permitido realizar importantes avances desde

2001 en los ámbitos de la financiación, la ampliación del acceso a los programas de prevención de la infección por el VIH, el tratamiento, la atención y el apoyo y la mitigación de los efectos del SIDA, así como en la reducción de la prevalencia del VIH en un número reducido pero cada vez mayor de países, y observamos también que muchas de las metas contenidas en la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA todavía no se han alcanzado;

5. Encomiamos a la secretaría y los copatrocinadores del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA por su papel de liderazgo en la política relativa al VIH/SIDA y su coordinación, y por el apoyo que prestan a los países a través del Programa conjunto;

6. Reconocemos las contribuciones realizadas y el papel desempeñado por distintos donantes en la lucha contra el VIH/SIDA, así como el hecho de que un tercio de los recursos invertidos en 2005 para hacer frente al VIH/SIDA procedieron de fuentes internas de países de ingresos bajos y medianos, y, en consecuencia, destacamos la importancia de que aumente la cooperación y las alianzas internacionales en nuestras respuestas al VIH/SIDA en todo el mundo;

7. Seguimos profundamente preocupados, sin embargo, por la expansión global y la feminización de la pandemia y por el hecho

de que las mujeres representen actualmente el 50% de las personas que viven con el VIH en todo el mundo y cerca del 60% de las personas que viven con él en África, y, en este sentido, reconocemos que las desigualdades entre los géneros y todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas aumentan su vulnerabilidad al VIH/SIDA;

8. Expresamos profunda preocupación por el hecho de que la mitad de los nuevos infectados por el VIH sean niños y jóvenes menores de 25 años y de que los jóvenes carezcan de información y conocimientos en relación con el VIH/SIDA;

9. Seguimos profundamente preocupados por que hoy haya 2,3 millones de niños que viven con el VIH/SIDA y reconocemos que la falta de medicamentos infantiles en muchos países dificulta significativamente la labor de protección de la salud de los niños;

10. Reiteramos con profunda preocupación que la pandemia afecta a todas las regiones, que el continente africano, y en particular el África subsahariana, sigue siendo la zona más afectada y que se necesitan medidas urgentes y excepcionales a todos los niveles para frenar los efectos devastadores de esta pandemia, y reconocemos el compromiso renovado de los gobiernos y las instituciones regionales de África para intensificar sus propias respuestas al VIH/SIDA;

11. Reafirmamos que la plena realización de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos es un elemento fundamental de la respuesta mundial a la pandemia del VIH/SIDA, sobre todo en las esferas de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo, y reconocemos que hacer frente al estigma y la discriminación también es un elemento fundamental en la lucha contra la pandemia mundial del VIH/SIDA;

12. Reafirmamos también que el acceso a los medicamentos en el contexto de una pandemia como la del VIH/SIDA es uno de los elementos fundamentales para llegar progresivamente a la plena realización del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental;

13. Reconocemos que, en muchas partes del mundo, la propagación del VIH/SIDA es causa y efecto de la pobreza y que la lucha efectiva contra el VIH/SIDA es esencial para alcanzar los objetivos y las metas de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio;

14. Reconocemos también que actualmente disponemos de medios para invertir la marcha de la pandemia mundial y evitar millones de muertes innecesarias, y que, para ser efectivos, debemos darle una respuesta intensificada y mucho más urgente y amplia, en asociación con el sistema de las Naciones Unidas, las organizaciones intergubernamentales, las personas que viven con el VIH y los grupos vulnerables, las instituciones médicas, científicas y educativas, las organizaciones no gubernamentales, el sector empresarial, incluidas las empresas farmacéuticas de fabricación de medicamentos genéricos y de investigación, los sindicatos, los medios de difusión, los parlamentarios, las fundaciones, las organizaciones comunitarias, las organizaciones religiosas y los líderes tradicionales;

15. Reconocemos además que, para poner en marcha una respuesta amplia, debemos superar todos los obstáculos jurídicos, normativos, comerciales y de otro tipo que impiden el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo; asignar los recursos adecuados; promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales para todos; fomentar la igualdad entre los géneros y el empoderamiento de la mujer; promover y proteger los derechos de la niña a fin de reducir su vulnerabilidad al VIH/SIDA; fortalecer los sistemas de atención de la salud y prestar apoyo a sus profesionales; promover una mayor participación de las personas que viven con el VIH; aumentar la utilización de las intervenciones de prevención efectivas y amplias de que se tiene conocimiento; hacer todo lo necesario para garantizar el acceso a medicamentos que salvan vidas e instrumentos de prevención; y desarrollar con la misma urgencia, de cara al futuro, mejores instrumentos: medicamentos y tecnologías de diagnóstico y preventivas, incluidas las vacunas y los microbicidas;

16. Estamos convencidos de que sin una voluntad política

renovada, un liderazgo enérgico y un compromiso continuo y coordinado de todos los interesados de los distintos niveles, incluidas las personas que viven con el VIH, la sociedad civil y los grupos vulnerables, y sin un aumento de los recursos, el mundo no conseguirá poner fin a la pandemia;

17. Declaramos solemnemente nuestro compromiso de hacer frente a la crisis del VIH/SIDA adoptando las siguientes medidas, teniendo en cuenta las diversas situaciones y circunstancias imperantes en diferentes regiones y países del mundo; En consecuencia:

18. Reafirmamos nuestro empeño en aplicar plenamente la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, titulada "Crisis mundial – Acción mundial", aprobada por la Asamblea General en su vigésimo sexto período extraordinario de sesiones, celebrado en 2001, y en cumplir los objetivos y metas de desarrollo convenidos internacionalmente, incluidos los objetivos de desarrollo del Milenio, en particular el objetivo de detener y comenzar a reducir la propagación del VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades graves, los acuerdos relativos al VIH/SIDA concertados en todas las grandes conferencias y cumbres de las Naciones Unidas, incluida la Cumbre Mundial 2005 y su declaración sobre el tratamiento, y el objetivo de lograr el acceso universal a la salud reproductiva para 2015, según lo estipulado en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo;

19. Reconocemos la importancia de las recomendaciones dimanantes de los procesos inclusivos impulsados por los países y las consultas regionales facilitadas por la secretaría y los copatrocinadores del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA para intensificar la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo en materia de VIH, alentamos su aplicación y recomendamos encarecidamente que se mantenga este enfoque;

20. Nos comprometemos a seguir desplegando todos los esfuerzos necesarios para ampliar las respuestas globales, sostenibles e impulsadas a nivel nacional para lograr una cobertura multisectorial

amplia de la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo, con la participación plena y activa de las personas que viven con el VIH, los grupos vulnerables, las comunidades más afectadas, la sociedad civil y el sector privado, con el fin de lograr para 2010 el objetivo del acceso universal a programas amplios de prevención y a los servicios de tratamiento, atención y apoyo;

21. Destacamos la necesidad de reforzar los vínculos entre las políticas y los programas y la coordinación entre las actividades dedicadas al VIH/SIDA, la salud sexual y reproductiva, y los planes y las estrategias en materia de desarrollo nacional, incluidas las estrategias de erradicación de la pobreza, y de abordar, cuando corresponda, los efectos del VIH/SIDA en los planes y las estrategias en materia de desarrollo nacional;

22. Reafirmamos que la prevención de la infección por el VIH debe ser la base de las respuestas nacionales, regionales e internacionales a la pandemia y, en consecuencia, nos comprometemos a intensificar nuestros esfuerzos para asegurar que en todos los países, en particular en los más afectados, haya una amplia gama de programas de prevención en que se tengan en cuenta las circunstancias, las normas éticas y los valores culturales locales, que incluyan actividades de información, educación y comunicación en los idiomas que mejor comprendan las comunidades y en las que se respeten sus culturas, con objeto de reducir las conductas de riesgo y promover una conducta sexual responsable, incluidas la abstinencia y la fidelidad; un mayor acceso a artículos esenciales como preservativos masculinos y femeninos, y equipo esterilizado para inyecciones; actividades para reducir los daños causados por el consumo de drogas; un mayor acceso a servicios de apoyo psicológico y de detección a título voluntario y confidencial; el suministro de sangre no contaminada; y el tratamiento temprano y eficaz de las infecciones de transmisión sexual;

23. Reafirmamos también que la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo de los infectados y los afectados por el VIH/SIDA constituyen elementos de una respuesta eficaz que se refuerzan entre sí y deben integrarse en un enfoque global de lucha contra la pandemia;

24. Nos comprometemos a superar los obstáculos jurídicos, normativos y de otro tipo que impiden el acceso a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo, los medicamentos, los productos básicos y los servicios eficaces para luchar contra el VIH;

25. Nos comprometemos a promover, a nivel internacional, regional, nacional y local, el acceso a la educación, la información, la atención psicológica y los análisis a título voluntario, así como a otros servicios afines en materia de VIH/SIDA, protegiendo plenamente la confidencialidad y respetando el consentimiento informado de la persona, y a promover un entorno social y jurídico que dé apoyo y seguridad a quienes deseen revelar voluntariamente su estado en relación con el VIH;

26. Nos comprometemos a hacer frente al aumento de las tasas de infección por el VIH entre los jóvenes, a fin de asegurar una generación futura libre del VIH, mediante la puesta en práctica de estrategias de prevención amplias y fundadas en pruebas, una conducta sexual responsable, que incluya el uso de preservativos, programas de enseñanza sobre el VIH para jóvenes basados en pruebas y competencias, intervenciones en los medios de difusión y la prestación de servicios de salud apropiados para los jóvenes;

27. Nos comprometemos a asegurar que las embarazadas tengan acceso a los cuidados prenatales, información, atención psicológica y otros servicios relacionados con el VIH, a aumentar la disponibilidad, así como el acceso de las mujeres que viven con el VIH y los bebés a ellos, de tratamientos eficaces para reducir la transmisión de madre a hijo, y a asegurar intervenciones eficaces dirigidas a las mujeres que viven con el VIH, entre ellas la atención psicológica y los análisis a título voluntario y confidencial, con su consentimiento informado, el acceso al tratamiento, especialmente a la terapia antirretroviral durante toda la vida y, cuando corresponda, a sustitutos de la leche materna, así como a la prestación de una atención continuada;

28. Resolvemos integrar el apoyo en materia de alimentos y

nutrición, con el objetivo de que todas las personas tengan en todo momento acceso a suficientes alimentos inocuos y nutritivos para satisfacer sus necesidades dietéticas y sus preferencias alimentarias y promover de ese modo la vida activa y sana, como parte de una respuesta global contra el VIH/SIDA;

29. Nos comprometemos a redoblar los esfuerzos por promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH y los miembros de grupos vulnerables, y a asegurarles el pleno disfrute de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales y, en particular acceso, entre otras cosas, a la educación, la herencia, el empleo, la atención de la salud, los servicios sociales y de salud, la prevención, el apoyo y tratamiento, la información y la protección jurídica, respetando al mismo tiempo su intimidad y la confidencialidad; y a elaborar estrategias para combatir el estigma y la exclusión social asociados a la epidemia;

30. Nos comprometemos a eliminar las desigualdades, el maltrato y la violencia por motivos de género; a aumentar la capacidad de las mujeres y las adolescentes para protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de cuidados y servicios sanitarios, incluidos, entre otros, los de salud sexual y reproductiva, y el pleno acceso a una información y una educación amplias; a asegurar que la mujer pueda ejercer su derecho a tener control sobre las cuestiones relacionadas con su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, y a decidir al respecto en forma libre y responsable para aumentar su capacidad de protegerse de la infección por el VIH, sin coerción, discriminación ni violencia; y a tomar todas las medidas necesarias para crear un entorno propicio al empoderamiento de la mujer y reforzar su independencia económica; y, en este contexto, reiteramos la importancia del papel de los hombres y los niños para lograr la igualdad entre los géneros;

31. Nos comprometemos a fortalecer las medidas jurídicas, normativas, administrativas y de otro tipo para la promoción y la protección del pleno disfrute por la mujer de todos los derechos

humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de explotación sexual de mujeres, niñas y niños, incluso con fines comerciales, y todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas las prácticas tradicionales y consuetudinarias nocivas, el abuso, la violación y otras formas de violencia sexual, el maltrato físico y la trata de mujeres y niñas;

32. Nos comprometemos también a ocuparnos en forma prioritaria de las vulnerabilidades a que se enfrentan los niños afectados por el VIH y los que viven con el VIH/SIDA; a prestar apoyo y rehabilitar a esos niños, sus familias, las mujeres y los ancianos, en particular en su papel de prestadores de cuidados; a promover políticas y programas sobre el VIH/SIDA orientados a los niños y aumentar la protección de los niños huérfanos y afectados por el VIH/SIDA; a garantizar el acceso al tratamiento e intensificar los esfuerzos para desarrollar nuevos tratamientos para los niños; y a crear, donde sean necesarios, y apoyar los sistemas de seguridad social que los protejan;

33. Ponemos de relieve la necesidad de intensificar rápidamente las actividades de colaboración contra la tuberculosis y el VIH compatibles con el Plan mundial para detener la propagación de la tuberculosis: 2006-2015, y de invertir en nuevos medicamentos, métodos de diagnóstico y vacunas apropiados para las personas infectadas simultáneamente por la tuberculosis y el VIH;

34. Nos comprometemos a aumentar en la mayor medida posible, con el apoyo de la cooperación y las alianzas internacionales, nuestra capacidad para ejecutar programas amplios relativos al VIH/SIDA, de manera que se fortalezcan los sistemas sanitarios y sociales nacionales existentes, incluso integrando las intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en programas sobre la atención primaria de la salud, la salud maternoinfantil, la salud sexual y reproductiva, la tuberculosis, la hepatitis C, las infecciones de transmisión sexual, la nutrición, los niños afectados por el VIH/SIDA o que han quedado huérfanos o en situación de vulnerabilidad por su causa, y la

educación dentro y fuera del sistema escolar;

35. Nos comprometimos a reforzar, adoptar y ejecutar, cuando sea necesario, planes y estrategias nacionales, con el apoyo de la cooperación y las alianzas internacionales, a fin de aumentar la capacidad de los recursos humanos en lo relativo a la salud para satisfacer la necesidad urgente en materia de capacitación y retención de una amplia variedad de trabajadores de la salud, incluidos los trabajadores comunitarios de la salud; a mejorar la capacitación, la gestión y las condiciones de trabajo, incluido el tratamiento de los trabajadores de la salud; y a administrar eficazmente la contratación, la retención y la asignación de los trabajadores sanitarios nuevos y existentes para organizar una respuesta más eficiente al VIH/SIDA;

36. Nos comprometemos a proporcionar recursos adicionales a los países de ingresos bajos y medianos, para reforzar los programas y los sistemas de salud en relación con el VIH/SIDA y para resolver las carencias de recursos humanos, incluso mediante la elaboración de modelos alternativos y simplificados de prestación de servicios y el aumento de la labor comunitaria en materia de prevención, tratamiento, atención y apoyo en relación con el VIH/SIDA, así como de otros servicios sanitarios y sociales, invitamos a las instituciones financieras internacionales y al Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria a que se sumen a este esfuerzo, de conformidad con su marco normativo, y alentamos a otros donantes a que también lo hagan;

37. Reiteramos la necesidad de que los gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas, las organizaciones regionales e internacionales y las organizaciones no gubernamentales que participan en la aportación y prestación de asistencia a los países y las regiones afectados por conflictos, emergencias humanitarias o desastres naturales, incorporen elementos relativos a la prevención, la atención y el tratamiento del VIH/SIDA en sus planes y programas;

38. Nos comprometemos a poner el máximo empeño en asegurar que los planes nacionales en materia de VIH/SIDA cuyos

costos se hayan determinado, sean inclusivos, sostenibles y creíbles y estén fundados en pruebas, se financien y se apliquen con transparencia, responsabilidad y eficacia según las prioridades nacionales;

39. Nos comprometemos a reducir la diferencia de recursos que se dedican en el mundo al VIH/SIDA aumentando la financiación nacional e internacional, con el fin de permitir que los países tengan acceso a recursos financieros predecibles y sostenibles, y a asegurar que la financiación internacional sea compatible con los planes y las estrategias nacionales en materia de VIH/SIDA; a este respecto, celebramos el aumento de los recursos disponibles gracias a iniciativas bilaterales y multilaterales, y los que se obtendrán como resultado de los plazos que muchos países desarrollados han establecido para alcanzar el objetivo de destinar el 0,7% del producto nacional bruto a la asistencia oficial para el desarrollo a más tardar en 2015, y a alcanzar por lo menos el 0,5% para 2010, así como, con arreglo al Programa de Acción de Bruselas en favor de los países menos adelantados para el decenio 2001-2010², de destinar entre el 0,15% y el 0,20% a los países menos adelantados a más tardar en 2010; y exhortamos a los países desarrollados que todavía no lo hayan hecho a que, en cumplimiento de sus compromisos, emprendan esfuerzos concretos a este respecto;

40. Reconocemos que, de acuerdo con la estimación del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, para 2010 se necesitarán entre 20.000 y 23.000 millones de dólares de los Estados Unidos al año para prestar apoyo a respuestas al SIDA ampliadas rápidamente en países de ingresos bajos y medianos y nos comprometemos, por lo tanto, a adoptar medidas encaminadas a asegurar la disponibilidad de recursos nuevos y adicionales procedentes de países donantes y también de los presupuestos nacionales y de otras fuentes nacionales;

41. Nos comprometemos a fortalecer y prestar apoyo a los mecanismos financieros existentes, incluido el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, así como a las organizaciones competentes de las Naciones Unidas, suministrando fondos de manera sostenida, al tiempo que se siguen desarrollando fuentes innovadoras de financiación y prosiguen

otros esfuerzos para generar fondos adicionales;

42. Nos comprometemos también a encontrar soluciones apropiadas para superar los obstáculos en los acuerdos sobre precios, aranceles y comercio y a introducir mejoras en la legislación, la política reglamentaria, las adquisiciones y la gestión de la cadena de suministro a fin de acelerar e intensificar el acceso a productos de prevención, equipo de diagnóstico, medicamentos y productos de tratamiento del VIH/SIDA asequibles y de calidad;

43. Reafirmamos que el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio de la Organización Mundial del Comercio no impide ni debe impedir que los miembros tomen medidas ahora y en el futuro para proteger la salud pública. En consecuencia, al tiempo que reiteramos nuestra adhesión a ese Acuerdo, reafirmamos también que el Acuerdo puede y debe interpretarse y aplicarse de modo tal que apoye el derecho a proteger la salud pública y, en particular, a promover el acceso a medicamentos para todos, incluida la producción de medicamentos antirretrovirales genéricos y otros medicamentos esenciales para combatir las infecciones vinculadas con el SIDA. A este respecto, reafirmamos el derecho a aplicar plenamente las disposiciones del Acuerdo, la Declaración de Doha relativa al Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio y la salud pública y la decisión adoptada por el Consejo General de la Organización Mundial del Comercio en 2003⁵, así como las enmiendas al artículo 31, que dan flexibilidad con ese propósito;

44. Resolvemos ayudar a los países en desarrollo para que puedan aprovechar la flexibilidad prevista en el Acuerdo sobre los aspectos de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio y fortalecer su capacidad con ese propósito;

45. Nos comprometemos a intensificar las inversiones en la investigación y el desarrollo de medicamentos, productos y tecnologías relacionados con el VIH/SIDA, nuevos, seguros y asequibles, como vacunas, métodos controlados por las mujeres, microbicidas y fórmulas pediátricas antirretrovirales, incluso mediante mecanismos como los compromisos de mercado

anticipados, y a redoblar los esfuerzos en este sentido, así como a alentar el aumento de las inversiones en investigación y desarrollo sobre el VIH/SIDA en la medicina tradicional;

46. Alentamos a las empresas farmacéuticas, los donantes, las organizaciones multilaterales y otros asociados a que establezcan alianzas entre el sector público y el privado en apoyo de las actividades de investigación y desarrollo y de la transferencia de tecnología, como también en la respuesta amplia al VIH/SIDA;

47. Alentamos las gestiones bilaterales, regionales e internacionales encaminadas a promover las adquisiciones en grandes cantidades, las negociaciones sobre precios y la concesión de licencias a precios menores de los productos, tecnologías y medicamentos de prevención, diagnóstico y tratamiento del VIH, a la vez que somos conscientes de que la protección de la propiedad intelectual es importante para el desarrollo de nuevos medicamentos y reconocemos las preocupaciones sobre sus efectos en los precios;

48. Reconocemos las iniciativas de un grupo de países, como el servicio internacional de adquisición de medicamentos, que se basa en mecanismos innovadores de financiación y tiene por objetivo proporcionar a los países en desarrollo un mayor acceso a medicamentos con precios asequibles en forma sostenible y previsible;

49. Nos comprometemos a fijar, en 2006 y mediante procesos inclusivos y transparentes, metas nacionales ambiciosas, que incluyan metas intermedias para 2008, de conformidad con los indicadores básicos recomendados por el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, que reflejen el compromiso de la presente Declaración y la necesidad apremiante de avanzar en forma significativa en la consecución del objetivo del acceso universal a programas amplios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para 2010, y a establecer y mantener marcos sólidos y rigurosos de vigilancia y evaluación como parte de las estrategias nacionales sobre el VIH/SIDA;

50. Exhortamos al Programa conjunto de las Naciones Unidas

sobre el VIH/SIDA y a sus copatrocinadores a que colaboren en las actividades nacionales destinadas a coordinar la respuesta al VIH/SIDA, expuesta en detalle en los principios “Tres unos”, y conforme a las recomendaciones del Equipo mundial de tareas para estrechar la coordinación entre las instituciones multilaterales y los donantes internacionales en relación con el SIDA; a que presten asistencia a las actividades nacionales y regionales destinadas a vigilar los esfuerzos por alcanzar los objetivos enumerados e informar al respecto; y a que fortalezcan la coordinación mundial en relación con el VIH/SIDA, inclusive por conducto de los períodos de sesiones temáticos de la Junta de Coordinación del Programa;

51. Exhortamos a los gobiernos, los parlamentos nacionales, los donantes, las organizaciones regionales y subregionales, las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas, el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, la sociedad civil, las personas que viven con el VIH, los grupos vulnerables, el sector privado, las comunidades más afectadas por el VIH/SIDA y otros interesados a que colaboren estrechamente para alcanzar los objetivos señalados y para asegurar la rendición de cuentas y la transparencia en todos los niveles mediante exámenes participativos de las respuestas al VIH/SIDA;

52. Pedimos al Secretario General de las Naciones Unidas que, con apoyo del Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, incluya en su informe anual a la Asamblea General sobre el estado de aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, de conformidad con la resolución S-26/2, de 27 de junio de 2001, información sobre los progresos realizados en el cumplimiento de los compromisos enunciados en la presente Declaración;

53. Decidimos realizar exámenes exhaustivos en 2008 y 2011, en el marco de los exámenes anuales de la Asamblea General, de los progresos alcanzados en la aplicación de la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA, titulada “Crisis mundial – Acción mundial”, que aprobó la Asamblea General en su vigésimo sexto período extraordinario de sesiones, y de la presente Declaración.

Discurso de Ginés García

Señor Presidente,

En VIH/SIDA, los Gobiernos y la Sociedad Civil dimos respuestas, pero debemos aumentar el esfuerzo. Las políticas, para ser eficaces, necesitan incluir a todos los sectores. Aun quienes prefieren que del tema no se hable. Las acciones deben sintetizar un acuerdo donde todas las instancias de gobierno trabajen en forma concertada, articulando además con las agencias internacionales y la comunidad. En la Argentina, a pesar de que no son pocos los oscurantismos que todavía resisten, existe un fuerte compromiso en esta misión. El mismo se expresa en la articulación establecida con la Sociedad Civil y la participación activa y altamente visible de todos los sectores sociales, en especial de representantes de poblaciones vulnerables y de programas facilitadores, que incluyen particularmente a jóvenes y mujeres. Es necesario garantizar el acceso universal a la promoción, prevención y el tratamiento para el año 2010 en todos los países. Pese a que América Latina y el Caribe es la región que menos acceso tiene a los recursos internacionales, se han hecho esfuerzos importantes y podría llegar a ser una de las primeras en cumplir la meta de acceso universal al tratamiento. Hay en ella países que ya brindan el 100% de cobertura. Argentina, entre ellos. Por eso pedimos aquí el apoyo para que nuestra región no sea discriminada en el acceso a recursos del Fondo Global, ni en el nivel de precios de insumos y medicamentos. No debe excluirse ningún país de América Latina y el Caribe, debido a que esta es una epidemia que necesita de cuidados constantes a nivel mundial. Otro de los desafíos es continuar con las estrategias de negociación de precios. Gracias a ellas, nuestra región ha logrado muy importantes descuentos que permiten ampliar la cobertura en tratamientos con medicamentos antirretrovirales.

Además, hemos avanzado decididamente junto con la República Federativa de Brasil en un proyecto de investigación, desarrollo y producción de insumos, medicamentos y recursos de diagnóstico. Este es el camino en el que nos hemos comprometido para garantizar mejores condiciones de acceso para todos los países de nuestra región, principalmente reactivos y

antirretrovirales. En prevención, es necesario continuar con campañas focalizadas y masivas, e intensificar los esfuerzos para nuestros hermanos de todas las partes del mundo sepan qué hacer y cuenten con qué hacerlo para evitar la infección. Con ese fin favorecemos el acceso a insumos para la prevención, como el condón y el kit de reducción de daños para usuarios de drogas. Se debe sensibilizar sobre la problemática del HIV/SIDA a las personas

que hoy demandan servicios de salud, facilitando cambios en las conductas riesgosas y favoreciendo el acceso universal a técnicas de testeo para HIV/SIDA. Debemos otorgarle especial atención a la prevención de la transmisión de madres a hijos y a los niños afectados por el VIH/SIDA. La Argentina se encuentra encaminada a lograr la erradicación de la transmisión vertical, hallándose en plena aplicación la ley Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Debe garantizarse la promoción plena de los Derechos Humanos para todas las personas viviendo con HIV/SIDA y en situación de vulnerabilidad: gays, lesbianas, transgéneros, HSH, trabajadoras y trabajadores sexuales, usuarios de drogas, personas viviendo en situación de pobreza y de encierro, mujeres, niñas, niños y adolescentes. Todas las respuestas a esta epidemia deben articularse entre los países, dado que la Salud es un Derecho a la Humanidad. Dentro de él debe garantizarse el acceso al

tratamiento. Para ello se requiere un apoyo decidido de las Naciones Unidas para recuperar y hacer efectivas las flexibilidades de los acuerdos TRIPS, en el marco de la Declaración de Doha.

Los países del sur de las Américas armonizamos una posición común sobre «Propiedad Intelectual, Salud e Innovación de la OMS». Acordamos una Declaratoria Conjunta que se presentó la semana pasada a la Asamblea Mundial de la Salud. Algunos organismos multilaterales y algunos de los estados más poderosos del mundo defienden a ultranza los derechos de propiedad intelectual. Esta postura limita muy fuertemente la disponibilidad y el acceso a medicamentos y vacunas. Por más que se quiera disfrazarlo, el resultado es un aumento de las muertes evitables.

ES NUESTRA MISIÓN IMPEDIRLO. Muchas gracias.



Prevención Hoy

Algo que me sorprende es cuan poco la crisis del SIDA afecto, en términos relativos, nuestras practicas sexuales. Si hoy a la noche la televisión transmitiese la noticia de que la lechuga provoca la muerte, sospecho que ningún habitante del planeta volvería a comer lechuga. Muchos sabemos que el SIDA mata. Aun así, en los Estados Unidos, una encuesta revelo que solamente cerca del 50% de los hombres y las mujeres modificaron sus hábitos sexuales. Que testamento para el impulso humano hacia el sexo!

No creo que nuestro impulso hacia el amor o el deseo del sexo vaya a disiparse en el siglo XXI. El amor es ancestral y dejó marcas profundas en el cerebro. En los centros emocionales del cerebro existen receptores y moléculas que provocan la euforia asociada al primer estado del amor, la pasión. También en el cerebro están los receptores y moléculas que desencadenan los sentimientos de paz y confort asociados al segundo estado, el afecto. Es poco probable que la fisiología del cerebro para el amor se vea afectada por algún nuevo evento cultural, político o científico.

SEXO MILENARIO

Helen Fisher

Me sorprende cuan poco la crisis del SIDA afecto, en terminos relativos, nuestras practicas sexuales.

La experiencia internacional demuestra que la forma mas eficiente de luchar contra la epidemia es adoptar una actitud practica y adelantarse a la fase expansiva. Actuar a tiempo es una condición necesaria para el éxito. No hay que esperar a la alta prevalencia de la enfermedad para reaccionar. Entonces, el costo sera sostenible y las consecuencias pueden ser irreversibles.

- 1 A través de un contacto sanguíneo** por compartir agujas, jeringas, canutos, o el resto del equipo usado en el consumo de sustancias inyectables o por compartir cepillos de dientes, hojas de afeitar, etc., e incluso instrumentos que sirven para perforar la piel (agujas de acupuntura, de tatuajes, pearingcs, etc.) que no hayan sido previamente desinfectados o esterilizados.
- 2 Mantener relaciones sexuales vaginales y anales sin preservativo**, por el contacto directo con fluidos sexuales (secreciones vaginales, semen o fluidos preseminales), o sangre, y durante el sexo oral cuando existe una herida en la boca y no se utiliza protección.
- 3 Si una mujer embarazada tiene VIH** el virus puede pasar al bebe, durante el embarazo, el parto o la lactancia.

La cinta roja, un símbolo de solidaridad

La cinta roja nos recuerda que desde los años 80 los esfuerzos para detener el SIDA siguen adelante. Es una manifestación pública de su consideración o sensibilidad por aquellas personas que viven con VIH/SIDA y un activo apoyo para mucha gente, que día a día las acompañan.

Pero la cinta roja no alimenta, no viste, ni da un hogar a personas con VIH/SIDA; o por sí misma, no otorga los recursos necesarios para encontrar una cura. Usándola simplemente no es suficiente, pero es el primer paso que saca al SIDA de las sombras y que hace una ruptura en la pared de los miedos que han paralizado a tanta gente. Es necesario reconocer la existencia del VIH/SIDA como un problema de todos. Todos podemos estar afectados y la solución depende de nosotros. La gargantía y protección de los derechos humanos es particularmente importante en el combate de la epidemia para una atención de calidad a los afectados. Una legislación adecuada, el cumplimiento estricto de las normas y la vigilancia social son requisitos indispensables para la acción.



Compruebe sus conocimientos sobre el VIH y el SIDA (Examen 1)

Verdadero o falso

1. Si una persona tiene el VIH, siempre desarrollara el SIDA. (Falso)
2. El VIH esta presente en la sangre, los líquidos sexuales y el sudor. (Falso: no esta presente en el sudor.)
3. Abstenerse de tener relaciones sexuales es una forma eficaz de evitar contraer el VIH. (Verdadero)
4. Cuando una persona tiene el SIDA su cuerpo no puede defenderse fácilmente de las infecciones. (Verdadero)
5. Una persona puede contraer la misma infección de transmisión sexuales mas de una vez. (Verdadero)
6. El SIDA se puede curar si se trata a tiempo. (Falso)
7. Si una mujer embarazada tiene el VIH, existe la posibilidad de que afecte al bebe. (Verdadero)
8. Una persona puede contraer la infección por el VIH compartiendo jeringuillas usadas para inyectarse drogas intravenosas. (Verdadero)
9. Muchas personas con infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH, no tienen síntomas. (Verdadero)
10. El VIH puede propagarse fácilmente utilizando objetos personales de alguien, como por ejemplo su cepillo de dientes o una cuchilla. (Falso)
11. Una persona puede mirar a alguien y saber si esta infectada por el VIH y tiene SIDA. (Falso)
12. Es posible evitar la infección por el VIH teniendo relaciones sexuales con poca frecuencia. (Falso)
13. Un preservativo cuando se utiliza de modo adecuado, proporciona una protección excelente contra las enfermedades de transmisión sexual, incluido de VIH. (Verdadero)
14. Existe una vacuna eficaz para proteger de la infección por el VIH. (Falso)
15. Una persona puede estar infectada por el VIH durante 10 años o mas sin desarrollar el SIDA. (Verdadero)
16. Se puede contraer el VIH besando a alguien que lo tiene. (Falso)
17. Una persona puede infectarse por el VIH donando sangre en un centro de salud reconocido. (Falso)
18. Las perforaciones en las orejas y los tatuajes hechos con instrumentos sin esterilizar son vías posibles de transmisión del VIH. (Verdadero)
19. Una persona puede contraer el VIH por la picadura de un mosquito. (Falso)
20. Una persona puede evitar contraer el VIH comiendo bien y haciendo ejercicio con regularidad. (Falso)

5 de junio de 1981

En EE.UU., un informe oficial había del aumento de casos de neumonía y de sarcoma de Kaposi en hombres que tuvieron sexo con hombres. Para fines de 1981 se diagnosticaron 422 casos y 159 muertes.

1982

Relacionan la transmisión de la enfermedad con las transfusiones de sangre y se establece el termino Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

1983

Los científicos Luc Montagnier, del Instituto Pasteur en Francia y Robert Gallo, del Instituto Nacional de Cáncer de los EE.UU., aislaron el retrovirus humano que causa el SIDA.

1985

Se prueba el primer test de anticuerpos del VIH.

1987

Se aprueba el primer antirretroviral: el AZT

1991

Magic Johnson declara que es seropositivo. La cinta

roja se introduce como el símbolo internacional de conciencia y solidaridad con el SIDA.

1992

En la Argentina, el Estado comienza a proveer las drogas antirretrovirales en la forma gratuita.

1994

Demuestran que el AZT disminuye la transmisión del HIV de madre a hijo.

1996

Se demuestra la eficacia de la Terapia Antirretroviral de Alta.

Eficacia (Haart), la combinación de tres antirretrovirales, que pronto se convierte en la terapia estandar para el HIV.

David Ho, propulsor del Haart.

1997

Los beneficios del Haart se hacen evidentes en EE.UU las muertes por SIDA declinan en mas del 40%.

2002

El HIV/SIDA se convierte en la principal causa mundial de muerte en personas de entre 15 y 59 años.

Compruebe sus conocimientos sobre el VIH y el SIDA (Examen 2)

Nota: Las preguntas correctas están marcadas con***

- 1. Cual es el numero aproximado de personas en el mundo que viven con el VIH?**
 - A. 2 000 000
 - B. 12 000 000
 - C. 40 000 000***
- 2. ¿ En que región se encuentra actualmente el mayor numero de personas que viven con el VIH?**
 - A. Asia y Oceanía
 - B. Africa subsahariana***
 - C. América Latina y el Caribe
 - D. América del Norte
 - E. Europa Central y Oriental
- 3. ¿Cuántas personas en el mundo contraen la infección por el VIH cada día?**
 - A. menos de 500
 - B. 1000
 - C. mas de 500
 - D. mas de 15 000***
- 4. ¿ Cual es el principal medio de transmisión del VIH en el mundo?**
 - A. Relaciones sexuales heterosexuales***
 - B. Relaciones sexuales homosexuales
 - C. Consumo de drogas intravenosas
 - D. Transmisión maternoinfantil
- 5. ¿Que significa el acronimo VIH?**
 - A. Virus de hemo-insuficiencia
 - B. Virus de la inmunodeficiencia humana***
 - C. Virus de inmovilización humana
- 6. ¿Que significa el acronimo SIDA?**
 - A. Síndrome inmunológico de deficiencia activa
 - B. Síndrome de inmunodeficiencia adquirida***
 - C. Síndrome inmunológico derivativo adquirido
- 7. La propagación del VIH por transmisión sexual puede evitarse mediante:**
 - A. la absistencia
 - B. la práctica de monogamia mutua con una pareja no infectada
 - C. la utilización correcta de preservativos
 - D. todos los medios anteriores***
- 8. Las mujeres tienen una probabilidad mayor de contraer el VIH mediante:**
 - A. relaciones sexuales heterosexuales***
 - B. consumo de drogas intravenosas
 - C. sangre contaminada
- 9. El VIH puede contraerse mediante**
 - A. preservativos
 - B. besos
 - C. picaduras de mosquito
 - D. todos los medios anteriores
 - E. ninguno de los medios anteriores***
- 10. El riesgo de contraer el VIH aumenta:**
 - A. al infectarse con otra infección de transmisión sexual (ITS)***
 - B. al beber del mismo vaso que una persona infectada
 - C. al estrecharle la mano a alguien que esta infectado
- 11. Las mujeres embarazadas que están infectadas por el VIH:**
 - A. muy raramente infectaran a sus hijos
 - B. no pueden hacer nada para impedir que sus hijos contraigan el virus
 - C. pueden medicarse para reducir el riesgo de transmisión maternoinfantil***
- 12. El estigma y la discriminación contra quienes tienen el VIH/SIDA**
 - A. empeoran el impacto de la infección porque las personas infectadas no tratan de obtener tratamiento y podrian exponer a otros a la enfermedad.
 - B. Se hallaron en mas de la mitad de las mujeres jovenes encuestadas en 18 paises
 - C. Son violaciones de varios derechos humanos que gobiernos tienen obligación de proteger
 - D. Todos los puntos anteriores***

Compruebe sus conocimientos sobre el VIH y el SIDA (Examen 3)

1. ¿Que significa VIH?

Virus de la inmunodeficiencia humana

2. ¿Que significa SIDA?

Síndrome de inmunodeficiencia adquirida

3. ¿Cuál es la diferencia entre el VIH y el SIDA?

El VIH es el virus que causa el SIDA. El VIH ataca las células del organismo que le ayudan a combatir la infección. El SIDA es un síndrome (un conjunto de síntomas) que surge cuando su sistema inmunológico es demasiado débil para combatir la infección.

4. Enumere como mínimo tres vías de transmisión del VIH.

Relaciones sexuales, uso compartido de jeringuillas infectas al consumir drogas intravenosas, de la madre al hijo durante el parto y la lactancia, exposición a sangre contaminada.

5. ¿Que tipo de relaciones sexuales propagan el VIH?

Las relaciones sexuales vaginales y anales sin protección, el coito bucal (aunque este último representa un riesgo menor)

6. Enumere como mínimo tres líquidos que pueden transmitir el VIH.

La sangre, los humores vaginales, el semen, la leche materna

7. ¿Como puede saber que usted, u otra persona, esta infectada por el VIH?

El único modo de saberlo es sometiéndose a una prueba del VIH. No se puede saber mirando a alguien o solo por los síntomas, dado que muchos de los síntomas son los mismos que en otras enfermedades.

8. ¿Que significa obtener un resultado negativo en una prueba del VIH?

Que no tiene el VIH o que si lo tiene pero su organismo aun no ha comenzado a reaccionar ante el virus.

Una vez superada la negación hay eliminar el silencio. Una información verdadera y científica es imprescindible para conocer el alcance de la epidemia e identificar medidas eficaces para combatirla.

9. Describa como mínimo tres formas de protegerse contra la infección por el VIH – o la reinfección, si es usted Seropositivo/a.

Si es seronegativo/a: teniendo relaciones sexuales con una sola pareja que también tiene un estado serológico/ negativo.

Si es seropositivo/a o seronegativo/a: Practique relaciones sexuales seguras (es decir, utilice preservativos masculinos y un lubricante con base acuosa/preservativos femeninos y un lubricante con base acuosa u oleosa); tenga relaciones sexuales que no impliquen el intercambio de líquidos corporales; practique la abstinencia sexual (es decir, no tenga relaciones sexuales); no comparta las jeringuillas; evite tener relaciones sexuales cuando se encuentre bajo los efectos de las drogas o el alcohol.

10. Nombre tres lugares a los que puede dirigirse para obtener mas información sobre el VIH/SIDA.

Las respuestas a esta pregunta tendrán que adaptarse localmente, pero podrían incluir las siguientes: Folleto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA para el personal de las Naciones Unidas y sus familias, pagina web del ONUSIDA sobre el VIH/SIDA en el lugar de trabajo, punto focales del VIH/SIDA en el lugar de trabajo de las Naciones Unidas, facilitadores de aprendizaje del VIH/SIDA, servicios médicos de las Naciones Unidas y facultativos afiliados, organizaciones de servicios sobre el SIDA, centros para el asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales, educadores inter pares.

Riesgo Elevado. Realidad frente a mitos

“Riesgo elevado” significa que tiene usted bastantes posibilidades de contraer la infección por el VIH al participar en actividades de esta categoría cuando una o más de las personas que participan en la actividad con usted tienen la infección por el VIH.

- Relaciones sexuales vaginales sin utilizar preservativo con alguien cuyo estado serológico se desconoce (El semen y los líquidos vaginales pueden contener el VIH).
- Practicar el sexo con un profesional del sexo sin utilizar un preservativo (Los profesionales del sexo tienen múltiples parejas, y a menudo tienen relaciones sin preservativo, lo que aumenta en gran medida las posibilidades de que contraigan el VIH).
- Relaciones sexuales anales sin preservativo con alguien cuyo estado serológico se desconoce (El pene puede producir rasgaduras y desgarros dentro del recto, permitiendo el intercambio de sangre y semen).
- Tener muchas parejas sexuales sin utilizar preservativos (Cuanto mayor sea el número de parejas sexuales mayor es la posibilidad de que una o más de sus parejas estén infectadas).
- Tener relaciones sexuales sin utilizar preservativos cuando usted tiene una ITS.
- Tener relaciones sexuales con una persona que tiene una ITS sin utilizar preservativos (Las ITS hacen que la sangre aflore a la superficie de la piel, aumentando el riesgo de infección si hay exposición al VIH.)
- Ingerir alcohol en exceso y practicar el sexo sin protección con alguien cuyo estado serológico se desconoce (El exceso de alcohol puede alterar el juicio y llevarle a adoptar riesgos que normalmente no adoptaría – por ejemplo, dejar de utilizar preservativos; incluso si se utiliza un preservativo, el alcohol en exceso puede llevar a no colocárselo bien).
- Una persona infectada por el VIH que desee tener un hijo sin asesoramiento médico (Una mujer embarazada infectada por el VIH tiene una probabilidad del 35% de infectar al bebé durante el parto o la lactancia materna. Este riesgo se puede reducir con medicación apropiada).
- Utilizar gel de petróleo o aceite para lubricar un preservativo masculino (Los productos derivados del aceite debilitan los preservativos y pueden hacer que se rompan).
- Compartir jeringuillas con usuarios de drogas intravenosas que pueden ser seropositivos (Los usuarios de drogas intravenosas que comparten jeringuillas se inyectan la sangre de otras personas en sus venas).
- Recibir una transfusión de sangre (A menos que la sangre haya sido sometida a una prueba de detección del VIH, no hay modo de saber si el donante está infectado o no).

Riesgo Bajo

“Riesgo bajo” significa que tiene usted pocas posibilidades de contraer la infección por el VIH al participar en actividades de esta categoría.

- Coito bucal sin utilizar preservativo (Salvo cuando la persona tiene cortes en la boca, existe solo una mínima posibilidad de infección).
- Entrar en contacto con sangre de una persona herida (La superficie cutánea es una buena barrera contra el VIH a menos que estén presentes cortes o llagas).
- Escarificación, marcas tribales y circuncisión (Si los instrumentos empleados en la escarificación, las marcas tribales o la circuncisión vuelven a utilizarse sin ser esterilizados, pueden transmitir el virus, particularmente en áreas de alta prevalencia donde la infección por el VIH en los niños no es rara).
- Compartir cuchillas (El VIH en sangre infectada es muy frágil fuera del cuerpo cuando está expuesto al aire – por ejemplo, en la superficie cutánea- y es fácil eliminarlo usando agua y jabón. No obstante, como con los cuchillos y otros instrumentos que pueden producir sangre, es posible la transmisión del VIH y de otros virus de transmisión sanguínea con su reutilización, y se recomienda a las personas que viven con el VIH que no compartan sus cuchillas).

Ausencia de Riesgo

“Ausencia de riesgo” significa que es imposible infectarse por el VIH de esta manera.

- Abstinencia sexual (No tener ninguna relación sexual previene la transmisión sexual).
- Besos, abrazos, masajes y masturbación mutua (La reducida cantidad de VIH presente en la saliva o el sudor no es suficiente para que se transmita a otra persona).
- Relaciones sexuales con una pareja fiel y sin infectar (Si los dos miembros de la pareja se han sometido a la prueba de detección del VIH, son seronegativos y permanecen fieles a su pareja, no existe riesgo de transmisión del VIH).
- Compartir alimentos, bebidas y utensilios de cocina con una persona infectada (El VIH es un virus muy débil fuera del cuerpo. Muere rápidamente en el aire y el jabón lo eliminan).
- Inyección de medicamentos/drogas utilizando una jeringuilla nueva o esterilizada (Para fines médicos, con una jeringuilla nueva o esterilizada, no existe riesgo. La inyección de drogas con una jeringuilla nueva o esterilizada implica otros riesgos y graves efectos para la salud, pero no el de contraer el VIH).
- Donar sangre utilizando una jeringuilla nueva o esterilizada
- Besos profundos con la lengua (El VIH puede encontrarse en la saliva pero no en cantidad suficiente para que pueda transmitirse se una persona a otra).
- Compartir un cepillo de dientes o de pelo (Compartir cepillos puede que no sea higiénico, pero no está relacionado con la transmisión del VIH).
- Recibir picaduras de mosquito (Si los mosquitos transmitieran el VIH, muchos más niños en edades comprendidas entre los cinco y los 14 años, estarían infectados).
- Tocar a una persona que vive con el VIH
- Compartir un cuarto de baño o letrina con una persona seropositiva
- Alimentar a una persona que vive con el VIH
- Abrazar a una persona que vive con el VIH/SIDA (La piel es una capa protectora adecuada. El VIH no la traspasa salvo que exista una llaga o corte).
- Dar atención (no médica) a una persona que vive con el VIH (La atención no médica y el contacto normal no son un riesgo. No obstante, quienes cuidan a las personas que viven con el VIH deben ser muy cuidadosos al manipular sangre menstrual).

DERECHOS DE LAS PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIRUS DE ENCUENTRAN AFECTADAS DE SIDA

DERECHO

ESTOS SON SUS DERECHOS FUNDAMENTALES:

- **Principio de no discriminación:**
La ley protege a todos los individuos por igual. Por ello no debe sufrir discriminación de ningún tipo.
- **Principios de Autonomía, de Privacidad y de Confidencialidad:**
No está obligado a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH ni a declarar que vive con VIH o que ha desarrollado el SIDA. Si de manera voluntaria decide someterse a la prueba de detección de anticuerpos VIH, tiene derecho a que esta sea realizada en forma anónima y que los resultados de la misma sean conservados con absoluta discreción.
- **Principio de no discriminación:**
En ningún caso puede ser objeto de detención forzosa, aislamiento, segregación social o familiar por vivir con V. I. H o por haber desarrollado el SIDA.
- **Derecho de circular libremente:**
No puede restringirse su libre tránsito dentro del territorio nacional.
- **Principios de Dignidad y de Autonomía:**
Tiene derecho a formar una familia.
- **Principio de Dignidad:**
Vivir con V. I. H o SIDA no es un impedimento para el ejercicio de sexualidad responsable.
- **Principio de no discriminación:**
Cuando solicite empleo no podrá ser obligado a someterse a ninguna de las pruebas de detección de V. I. H.



Se vive con V.I.H. o ha desarrollado SIDA, esto no podrá ser motivo para que sea suspendido o despedido de su empleo.

• **Principio de no discriminación:**

No se lo puede privar del derecho a superarse mediante la educación formal o informal que se imparta en instituciones educativas publicas o privadas.

• **Principios de no discriminación y de Libre Asociación:**

Tiene derecho a asociarse libremente con otras personas o afiliarse a instituciones que tengan como finalidad la protección de los intereses de quienes viven con VIH o han desarrollado SIDA.

• **Derecho a la Información:**

Tiene derecho a buscar, recibir y difundir información precisa y documentada sobre los medios de propagación del VIH y la forma de protegerse.

• **Derecho a la Salud:**

Si vive con V.I.H. o ha desarrollado SIDA, tiene derecho a recibir información sobre su padecimiento, sus consecuencias y tratamientos a los que pueda someterse.

Tiene derecho a los servicios de asistencia médica y social que tengan como objetivo mejorar su calidad y tiempo de vida.

Tiene derecho a una atención médica digna, y su historial médico deberá manejarse en forma confidencial.

• **Principio de Dignidad:**

Tiene derecho a morir con dignidad y a recibir servicios funerarios conforme sus creencias.

NORMAS CITADAS

C.N.	Constitución Nacional
D.U.D.H.	Declaración Universal de Derechos Humanos
P.I.D.C. y P.	“Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos”
P.I.D.E.S. y C.	“Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
C.S.D.N.	“Convención sobre los Derechos del Niños”
C.E.F.D.M.	“Convención sobre Eliminación de Toda Forma de Discriminación de la Mujer”
C.A.D.H.	“Convención Americana sobre Derechos Humanos”
L.N.S.	Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Ley 23.798)
R.L.N.S.	Reglamento de la Ley 23.798 (decreto 1244)
L.E.M.	Ley de Ejercicio de la Medicina, Odontología y Actividades de Colaboración.
L.E.D.E	Ley de Ejercicio de Enfermería (Ley 24.004)
C.P.	Código Penal
C.C.	Código Civil
L.R.D.A. u O.D.	Discriminación. Actos u omisiones discriminatorios (Ley 23.592)
P.N.S.C.F.	Política Normativa en relación a Infección de HIV en los Servicios Carcelarios Federales
Ley 24.455	Cobertura en las Obras Sociales a enfermos de SIDA y Drogadependientes

**PRINCIPIOS Y DERECHOS LEGISLACION SUPUESTOS DE VIOLACION
ACCIONES QUE AMPARAN LOS MISMOS CUADROS ILUSTRATIVOS**

PRINCIPIOS Y DERECHOS	LEGISLACION APLICABLE	ALGUNOS CASOS EN QUE SE VIOLA ESTE DERECHO	ANTE QUIEN PUEDE QUEJARSE	ACCIONES
<p>PRINCIPIO DE NO DISCRIMINACION</p>	<p>C.N.arts. 14, 16, 43, 75 incs. 22) y 23)</p> <p>D.U.D.Harts. 2, 7, 16 inc. 1), 21 inc. 2), 23 incs. 1) y 2) y 26</p> <p>P.I.D.C. y P. arts. 2, 3, 10, inc 1). 23 inc. 2), 25 inc. c) y 26</p> <p>P.I.D.E.S. y C. arts. 6 y 7, 10 y 13.</p> <p>C.S.D.N. art. 2, 28 inc. 1) párrafos "a", "b", "c", "d" y "e".</p> <p>C.A.D.H. arts. 1, 17 inc. 2), 19 y 24.</p> <p>L.N.Sart. 2 incs. a) y b) y 3.</p> <p>R.L.N.Sart. 2 incs. a) y b).</p> <p>L.R.D.A. u O.D.art.1</p> <p>P.N.S. C.P.2. 2.1 2.2 art. 6</p>	<p>A un infectado o enfermo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - no se lo atiende en establecimiento publico o privado - no se le da la asistencia debida o no se le suministran los medicamentos necesarios - no se prohíbe el ingreso a escuelas, colegios, universidades, clubes u otras entidades de recreacion o educativas -no se le informa los modos de transmisión o de prevención de la enfermedad -no se le da cobertura para el tratamiento médico necesario a un infectado y/ o enfermo afiliado a una obra social 	<p>-Just. Federal-</p> <p>Just. Ordinaria (Nacional o Provincial) con competencia en materia:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Civil -Contencioso Administrativo -Penal -Menores -Ejecución Penal <p>Organismo encargado de la salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organismo responsable de Derechos Humanos Colegio Publico correspondiente - Defensor del Pueblo - Ombudsman Municipal - Procurador Penitenciario 	<ul style="list-style-type: none"> - Amparo - Denuncia Penal -Daños y perjuicios - Reclamos Admst. y/o disciplin.

PRINCIPIOS Y DERECHOS	LEGISLACION APLICABLE	ALGUNOS CASOS EN QUE SE VIOLA ESTE DERECHO	ANTE QUIEN PUEDE QUEJARSE	ACCIONES
DERECHO A LA INTIMIDAD Y CONFIDENCIALIDAD	<p>C.N. arts. 19, 43, 75 incs.22) y 23)</p> <p>D.U.D.H. Art.12</p> <p>P.I.D.C. y P. Art.17</p> <p>C.S.D.N. Art. 16</p> <p>C.A.D.H. Art.11</p> <p>L.N.S. Art. 2 incs. a), c), d) y e).</p> <p>R.L.N.S. Art. 2 incs. c) y e)</p> <p>L.E.M Art. 11</p> <p>C.P. Art. 156</p> <p>C.C. Art. 1071 "bis"</p> <p>P.N.S.C.F. Art. 1. 1. 5</p>	<p>- Se divulguen datos sobre los resultados de la prueba serológica de la historia clínica, o de la entrevista de un paciente con algún profesional de la salud o sus auxiliares.</p> <p>- Se publiquen por los medios de comunicación datos que permitan la identificación de un infectado o enfermo, sin el consentimiento del mismo.</p> <p>- Se anoten datos en la historia clínica u otros registros que revelen la condición de infectado o enfermo de una persona sin haber dado su consentimiento para la realización de la prueba serológica.</p>	<p>- Just. Federal</p> <p>Just. Ordinaria (Nacional o Provincial) con competencia en materia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Civil - Contencioso Administrativo - Menores - Penal - Ejecución Penal <p>- Organismo encargado de Salud Publica.</p> <p>- Colegio Publico correspondiente.</p> <p>- Procurador Penitenciario</p>	<p>- Acción de Amparo.</p> <p>- Daños y perjuicios.</p> <p>- Denuncia Penal (acc. Privada).</p> <p>-Reclamos Admist. y/o disciplin.</p>

PRINCIPIOS Y DERECHOS	LEGISLACION APLICABLE	ALGUNOS CASOS EN QUE SE VIOLA ESTE DERECHO	ANTE QUIEN PUEDE QUEJARSE	ACCIONES
<p>AUTONOMIA Y LIBRE DESARROLLO DE LA PERSONALIDAD</p>	<p>C.N. arts. 19, 43, 75 incs. 22) y 23) y 33.</p> <p>D.U.D.H. art. 12</p> <p>P.I.D.C. y P. art. 17</p> <p>C.S.D.N. arts. 12 y 16</p> <p>C.A.D.H. Art. 11</p> <p>L.N.S. art. 2 incs. a) y d) y 6.</p> <p>R.L.N.S. art. 6</p> <p>L.E.M. art. 19 inc. 3).</p> <p>L.E.D.E. art. 9 inc. "c", 10 incs. "a" y "b", 11 inc. "b".</p> <p>P.N.S.C.F. Art. 1.1.4.</p>	<p>Cuando a una persona:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se lo obligue a someterse a exámenes de sangre para detectar el virus. - Se le practique la prueba de VIH bajo engaño y/o sin su consentimiento. - Se lo someta a un tratamiento sin su consentimiento. 	<ul style="list-style-type: none"> - Just. Federal - Just. Ordinario (Nacional o Provincial) con competencia en materia: <ul style="list-style-type: none"> - Civil - Contencioso Administrativo - Menores - Ejecución Penal - Organismo encargado de Salud Pública - Colegio Médico respectivo. - Defensor del Pueblo. - Ombudsman Municipal. - Procurador Penitenciario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Acción de Amparo - Daños y perjuicios - Reclamos Admist. y/o disciplin.

PRINCIPIOS Y DERECHOS	LEGISLACION APLICABLE	ALGUNOS CASOS EN QUE SE VIOLA ESTE DERECHO	ANTE QUIEN PUEDE QUEJARSE	ACCIONES
ACCIONES	<p>C.N. arts. 14,43,75 incs. 22)y 23)</p> <p>D.U.D.H. art. 13</p> <p>P.I.D.C. y P. arts. 12 y 13</p> <p>C.A.D.H. art. 22</p> <p>L.N.S. art. 2 incs. a) y b) y 3.</p> <p>R.L.N.S. art. 2 incs. a) y b).</p>	<p>- A un infectado o enfermo se le impide transitar por el territorio de un país o le niegan el ingreso a cualquier nación inclusive la propia.</p> <p>- A un infectado o enfermo se lo expulsa de un país por su sola condición.</p>	<p>- Just. Federal</p> <p>- Just. Ordinario (Nacional o Provincial) con competencia en materia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Civil - Contencioso Administrativo <p>- Defensor del Pueblo</p> <p>- Ombudsman Municipal.</p> <p>- Dirección Nacional de Migraciones.</p> <p>- Organización responsable de Derechos Humanos.</p>	<p>- Amparo</p> <p>- Reclamos Admist. y/o disciplin.</p>

PRINCIPIOS Y DERECHOS	LEGISLACION APLICABLE	ALGUNOS CASOS EN QUE SE VIOLA ESTE DERECHO	ANTE QUIEN PUEDE QUEJARSE	ACCIONES
DERECHO A LA LIBERTAD	C.N. arts. 18, 43, 75 incs. 22 y 23 D.U.D.H. arts. 3 y 9. P.I.D.C. y P. art. 9. C.S.D.N. arts. 2 inc. 2). y 37 inc. "b". C.A.D.H. art. 7 L.N.S art. 2 incs. a) y b) y 3 R.L.N.S. art. 2 incs. a) y b) C.P. art. 141	A un infectado o enfermo: - Se lo detiene sin causa solamente por su condición. - Se lo interna en un establecimiento especial o se lo obliga a vivir en un lugar separado del resto de la población.	- Just. Federal - Just. Ordinaria (Nacional o Provincial) con competencia en materia: - Civil - Contencioso Administrativo - Penal - Menores - Defensor es de Pueblo. - Ombudsman Municipal. - Organismos responsables de Derechos Humanos	- Acción de Amparo - Habeas Corpus. - Denuncia Penal.

PRINCIPIOS Y DERECHOS	LEGISLACION APLICABLE	ALGUNOS CASOS EN QUE SE VIOLA ESTE DERECHO	ANTE QUIEN PUEDE QUEJARSE	ACCIONES
DERECHO A LA VIDA Y A LA SALUD	<p>C.N. arts. 33, 42, 43, 75 incs. 22) y 23)</p> <p>D.U.D.H. arts. 3 y 25</p> <p>P.I.D.E.S. y C arts. 9 y 12</p> <p>C.S.D.N. arts. 24, 25 y 26</p> <p>C.E.F.D.M. arts. 12</p> <p>L.N.S. art. 3, 4 inc. f), 6 y 8</p> <p>R.L.N.S. art. 8</p> <p>L.E.M. art. 19 incs. 1) y 2)</p> <p>L.E.D.E. Art. 19 incs. "a" y 10 incs. "b", "c" y "d"</p> <p>C.P. arts. 106 y 108</p> <p>P.N.S.C.F. arts. 3, 3.1, 3.2, y 6.</p> <p>Ley 24.455 arts. 1, 2, 3 y 4</p>	<p>A un infectado o enfermo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - se le impide el acceso a un empleo o promoción por su sola condición. - se le despido por este único motivo - se le prohíbe el ingreso a escuelas, colegios, universidades, clubes u otras entidades de recreación o educativas. - se le impide que forme parte de una sociedad, asociación u otro ente. - se le prohíbe fundar una familia - se le prohíbe que practique actividades deportivas, profesionales y culturales. - se le prohíbe fundar una familia. -se le separa del resto de la población penal. -se le impide al interno realizar actividades laborales, recreativas, culturales y sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Just. Federal - Just. Ordinaria (Nacional o Provincial) con competencia en Materia: <ul style="list-style-type: none"> - Civil - Contencioso Administrativo - Laboral - Menores - Ejecución Penal - Organismo encargado de Derechos Humanos. - Defensor del Pueblo. - Ombudsman Municipal. - Procurador Penitenciario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Amparo - Indemnización por despido injustificado. - Acción ley antidiscriminatoria. - Daños y perjuicios. - Reclamos Admist.y/o disciplin.

Niños y Madres HIV

Los niños y los jóvenes en un mundo con SIDA

Desde que se comunicaron las primeras pruebas clínicas del SIDA, hace dos decenios, el VIH/SIDA se ha propagado por todos los rincones del mundo. Mientras sigue creciendo rápidamente, la epidemia está invirtiendo los progresos alcanzados en el desarrollo, quitando la vida a millones de personas, ensanchando las diferencias entre los ricos y los pobres, y socavando la seguridad social y económica.

Decenas de millones de niños y jóvenes están en primera línea del progreso de la epidemia, cargando con el peso de su impacto, pero también esforzándose por controlarla.

El histórico periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, de junio de 2001, se celebró para reunir al mundo con miras a adoptar un plan integral para derrotar la epidemia de VIH/SIDA. En consecuencia, los Estados Miembros adoptaron la «Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA»: el primer plan de trabajo mundial contra el SIDA.

La Declaración es un marco para asociaciones amplias y un instrumento para la aplicación de estrategias específicas que involucren a los gobiernos y a todas las comunidades, incluidos los jóvenes y las personas que viven con el VIH/SIDA.

En un mundo donde 11,7 millones de niños y jóvenes están viviendo con el VIH/SIDA, la Declaración centra una atención especial en sus necesidades y sus derechos. Fija metas claras para prevenir la transmisión maternoinfantil, para dispensar asistencia a los niños afectados por el SIDA y para proteger a los niños contra la epidemia, así como para establecer calendarios para la consecución de esas metas decisivas.



Los jóvenes y el SIDA

Los jóvenes se encuentran en el centro de la epidemia de VIH/SIDA. Su comportamiento, el grado de protección de sus derechos y los servicios e información que reciban pueden ayudar a determinar la calidad de vida de millones de personas. Los jóvenes son particularmente sensibles a la infección por el VIH, y también soportan la carga de cuidar a sus familiares que viven con el VIH/SIDA. En todo el mundo, el SIDA está minando las oportunidades de que los jóvenes tengan una vida adulta sana. Sin embargo, son los jóvenes quienes brindan la mayor esperanza de cambiar el curso de la epidemia.

Se estima que viven con el VIH/SIDA unos 10,3 millones de personas de 15 a 24 años de edad y que la mitad de todas las nuevas infecciones -más de 7000 diarias-se producen entre los jóvenes.

África subsahariana es la región más afectada. Le corresponden más del 70% de los jóvenes que viven con el VIH/SIDA y el 90% de los huérfanos por SIDA en todo el mundo (12,1 millones de niños).

Los jóvenes son vulnerables al VIH debido a sus comportamientos sexuales de riesgo, al consumo de sustancias y a la falta de acceso a los servicios de información y prevención del VIH.

La ignorancia acerca de la epidemia sigue siendo generalizada entre los jóvenes, muchos de los cuales no saben cómo protegerse del VIH. En Mozambique, por ejemplo, el 74% de las mujeres jóvenes y el 62% de los varones jóvenes de 15 a 19 años no conocen ningún medio de protección. La mitad de las adolescentes de África subsahariana no comprende que una persona de aspecto saludable puede estar viviendo con el VIH/SIDA.

Los jóvenes marginados (incluidos los niños de la calle, los refugiados y los emigrantes) pueden correr un riesgo especial debido al estigma, la exposición a relaciones sexuales no protegidas (a cambio de alimentos, protección o dinero) y el uso de drogas ilícitas.

Los jóvenes y el comportamiento sexual

Muchos jóvenes no creen que el VIH constituya una amenaza para ellos. Algunos adolescentes inician la actividad sexual a edades tempranas, sin el beneficio de la información, las aptitudes y los servicios necesarios para protegerse contra el VIH. Los programas dirigidos a los jóvenes no reconocen a menudo esta actividad sexual temprana.

Los jóvenes expuestos a abuso y explotación sexuales (por ej., incesto, violación y prostitución forzada) son especialmente vulnerables a la infección por el VIH. En Camboya, el 30% de los profesionales del sexo de 13 a 19 años de edad están infectados por el VIH.

Los programas educativos sobre salud sexual, si son de buena calidad, ayudan a retrasar el inicio de la actividad sexual y protegen a los jóvenes sexualmente activos contra el VIH, contra otras enfermedades de transmisión sexual y contra el embarazo.

Múltiples factores desalientan a los jóvenes a recurrir a los servicios de salud. Entre esos factores figuran la falta de intimidad y confidencialidad, el personal insensible, un entorno amenazador, la incapacidad para pagarse los servicios y el hecho de que en ellos a menudo no se atiende a menores no acompañados o estén restringidos a adultos casados.

Diversos factores biológicos, sociales y económicos hacen que las mujeres jóvenes sean especialmente vulnerables al VIH, lo que, en ocasiones, conduce a la infección poco después de que hayan iniciado su actividad sexual.

En algunos de los países más afectados, las muchachas adolescentes están contrayendo la infección a un ritmo entre cinco y seis veces mayor que los muchachos de la misma edad. Existen pruebas crecientes de que una gran parte de esas infecciones es responsabilidad de varones de mayor edad.

Hay también pruebas crecientes de que una gran proporción de los nuevos casos de infección por el VIH se debe a la violencia de género en el hogar, la escuela, el lugar de trabajo u otras esferas sociales.

Los jóvenes y el consumo de sustancias

El uso de drogas intravenosas ocupa un lugar prominente en el contexto de la epidemia, especialmente en muchos países donde los consumidores de tales drogas se ven obligados a vivir al margen de la sociedad y no tienen acceso a programas informativos y preventivos sobre el VIH/SIDA. Muchos de esos usuarios son jóvenes.

El consumo de alcohol y otras drogas se asocia a comportamientos sexuales de riesgo. Las estrategias de prevención del VIH tienen que abordar esta cuestión.

Respeto e implicación de los jóvenes

Los jóvenes son un elemento fundamental en la lucha contra el VIH/SIDA. Tienen derecho a unos conocimientos teóricos y prácticos que reduzcan su vulnerabilidad y les permitan protegerse a sí mismos y proteger a los demás contra la epidemia. La experiencia demuestra que los programas del VIH/SIDA que tienen mayores probabilidades de éxito son aquellos que respetan e involucran a los jóvenes, al tiempo que son sensibles a sus peculiaridades culturales.

Se requieren esfuerzos más amplios y mejores de comunicación y movilización social con el fin de potenciar la sensibilización sobre el VIH/SIDA y fomentar modos de vida saludables. También es necesario acabar con el estigma y la discriminación asociados al VIH/SIDA.

Los jóvenes necesitan un entorno seguro en el que se sientan respaldados. Esto exige actitudes, políticas y legislaciones sensibles a nivel familiar, comunitario y nacional. Son esenciales unas relaciones sólidas con los padres, los cuidadores u otros adultos que sirvan como modelo de comportamiento.

Son igualmente importantes unos sistemas educativos bien fundamentados y eficaces. En muchos países, sin embargo, esos sistemas apenas si están organizados. Es necesario revisarlos y reforzarlos con planteamientos didácticos innovadores.

Deben ampliarse los programas periféricos y de educación inter pares para jóvenes que consuman drogas.

Extracto de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA:

Los huérfanos y los niños en un mundo con SIDA

La epidemia de SIDA ha dejado huérfanos a millones de niños. Aunque las **campañas** de prevención obtengan un gran éxito y el número de infecciones por el VIH se reduzca drásticamente, se prevé que la mayor parte de las personas que están ya infectadas por el VIH sucumbirán afectadas por enfermedades relacionadas con el SIDA. Durante los próximos diez años, otros millones más de niños perderán a uno o ambos padres.

El SIDA ha dejado huérfanos por lo menos a 10,4 millones de

niños que en la actualidad no llegan a los 15 años de edad, es decir que esos niños han perdido a su madre o ambos padres por la epidemia. Se prevé que el número total de niños huérfanos por la epidemia desde que ésta dio comienzo -13,2 millones- se vea superado en más del doble en 2010.

En 2000, las enfermedades relacionadas con el SIDA fueron responsables de que unos 2,3 millones de niños quedaran huérfanos (a una tasa de un huérfano cada 14 segundos). El UNICEF estima que hasta una tercera parte de esos niños tenían menos de cinco años.

Antes de la aparición del SIDA, cerca del 2% de todos los niños de los países en desarrollo eran huérfanos. En 1999, en algunos países africanos lo eran el 10% y más.

A pesar de que la crisis de orfandad por el momento se circunscribe principalmente a África, se prevé que algunos países de otras regiones (particularmente del Caribe y Asia) sufran importantes aumentos en el número de niños huérfanos por el SIDA.

Marcando la diferencia

El VIH/SIDA seguirá afectando la vida de diversas generaciones de niños. El impacto de la epidemia marcará sus comunidades durante decenios, a medida que crece el número de niños pobres, que empeora su seguridad, que se reducen sus posibilidades educativas y laborales, que se deterioran los sistemas de crianza y apoyo, y que aumenta la mortalidad. Se necesitan esfuerzos a largo plazo y en gran escala para hacer frente a esas nuevas realidades sombrías. Los gobiernos, organizaciones y comunidades se enfrentan a la urgente necesidad de identificar sistemas para facilitar asistencia a los niños afectados por el SIDA que sean acordes con la enorme magnitud de la crisis. Con demasiada frecuencia esos esfuerzos no siguen el mismo ritmo que la epidemia, son fragmentados y tienen poca visión.

La asistencia institucionalizada para la mayoría de los huérfanos y para otros niños vulnerables no es ningún ideal para su desarrollo ni una alternativa financieramente apropiada. Es mejor destinar recursos a fortalecer la capacidad de las familias y comunidades para atender a los huérfanos y otros niños vulnerables. Hay que apoyar más a las familias extensas que cuidan de niños huérfanos, aumentar sus oportunidades para generar ingresos y su acceso a los préstamos y a los servicios de atención de salud.

Prevención de la transmisión maternoinfantil

La transmisión maternoinfantil del VIH es responsable de más del 90% de las infecciones producidas entre los niños menores de 15 años.

Las repercusiones de esa transmisión son gravísimas. El SIDA está empezando a hacer retroceder decenios de progresos constantes en la supervivencia infantil. Pero en la actualidad disponemos de intervenciones eficaces y asequibles para reducir la transmisión maternoinfantil que podrían salvar 300 000 vidas de niños todos los años.

Los niños, en situación de riesgo

Se estima que, solamente en 2000, unos 600 000 lactantes contrajeron el VIH, más del 90% de los cuales a través de la transmisión maternoinfantil (**TMI**). Cerca del 90% de esas infecciones se produjeron en África subsahariana.

El VIH se puede transmitir a un lactante durante el embarazo, en el trabajo de parto y el alumbramiento, o a través de la leche materna. El riesgo de transmisión varía entre un 15% y un 30% en los lactantes que no reciben lactancia natural. El amamantamiento aumenta ese riesgo en un 10-15%.

La transmisión maternoinfantil prácticamente se ha eliminado del mundo desarrollado gracias al asesoramiento y las pruebas voluntarias eficaces, al acceso a la terapia antirretrovírica de combinación o a la utilización de tratamientos preventivos prolongados de la **TMI**, a las prácticas de alumbramiento seguras (incluidas las operaciones cesáreas electivas) y a la disponibilidad generalizada de sustitutos de la leche materna.

Prevención de la infección

Para prevenir la **TMI** se necesita una estrategia triple. Esa estrategia requiere que se proteja a la mujer contra la infección y que se eviten los embarazos no deseados entre las mujeres VIH-positivas y las que están expuestas al riesgo de infección. Conlleva asimismo prevenir la transmisión del virus de una mujer VIH-positiva a su hijo durante el embarazo, el trabajo de parto y el alumbramiento, así como durante la lactancia materna. El asesoramiento y las pruebas voluntarias son una parte esencial de la estrategia.

Ha quedado demostrado que el tratamiento profiláctico antirretrovírico breve es un método eficaz y asequible para prevenir la **TMI**. Si se combina con asesoramiento y apoyo relacionados con la alimentación del lactante, y con el uso de métodos de alimentación del lactante más seguros, puede reducir a la mitad el riesgo de infección de los niños de pecho.

Los programas de **TMI** apoyados por un Equipo de Trabajo Interinstitucional de las Naciones Unidas suministran gratuitamente esos tratamientos.

Persisten graves dificultades

Es necesaria una mayor sensibilización acerca del hecho de que el VIH puede transmitirse de una madre infectada a su hijo, y de que existen medidas para reducir ese riesgo.

El acceso al asesoramiento y a las pruebas voluntarias debe aumentarse.

Hay que abordar el problema de la renuencia de muchas mujeres a someterse a las pruebas de detección del VIH. A menudo esa resistencia es una respuesta al estigma y se asocia con la preocupación de la mujer de que si se descubre que está infectada la privarán de apoyo social y médico.

Extracto de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/ SIDA:

Los servicios de salud reproductiva siguen siendo insuficientes, y si tienen que acoger los programas de prevención de la **TMI** deberán reforzarse.

El acceso de la mujer a la atención prenatal y del parto debe mejorarse. También deben desarrollarse alternativas a la lactancia natural más seguras.

En último término, si se quiere proteger mejor contra el virus a los lactantes, deberá reducirse la vulnerabilidad de la mujer a la infección por el VIH. Un enfoque de este tipo deberá incluir a las mujeres VIH-negativas que estén embarazadas y amamantando, para protegerlas a ellas y proteger a los hijos que puedan dar a luz. El centro de atención debe ser siempre la mujer, sea cual sea su estado serológico con respecto al VIH, antes que su potencial de transmitir el virus a sus hijos.

“Para 2005, asegurar el establecimiento y la ejecución acelerada de estrategias nacionales para la potenciación de la mujer, la promoción y la protección del pleno disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y la reducción de su vulnerabilidad al VIH/SIDA mediante la eliminación de todas las formas de discriminación, así como de todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, entre ellas las prácticas tradicionales y consuetudinarias nocivas, el abuso, la violación y otras formas de violencia sexual, el maltrato y la trata de mujeres y niñas.”

Por una mejor vida para los niños y los jóvenes

En el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA, celebrado en junio de 2001, los Estados Miembros se comprometieron a alcanzar un conjunto de metas decisivas, entre las que figuran las siguientes:

“Para 2005, poner en práctica medidas para que las mujeres y las adolescentes estén en mejores condiciones de protegerse del riesgo de infección por el VIH, principalmente mediante la prestación de servicios de atención de la salud y de salud, incluidos servicios de salud sexual y reproductiva, y mediante una educación preventiva que promueva la igualdad de género en un marco en que se tengan en cuenta los aspectos culturales y de género.”

“Para 2003, establecer y/o fortalecer estrategias, normas y programas nacionales que reconozcan la importancia de la familia para reducir la vulnerabilidad, entre otras cosas educando y orientando a los niños, y que tengan en cuenta los factores culturales, religiosos y éticos a fin de reducir la vulnerabilidad de niños y jóvenes mediante: el acceso garantizado de las niñas y los niños a la enseñanza primaria y secundaria, con programas de estudios para adolescentes que incluyan el VIH/SIDA; entornos seguros y protegidos, especialmente para las niñas; la ampliación de servicios de buena calidad para los jóvenes en materia de información, educación sobre salud sexual y apoyo psicológico; el fortalecimiento de los programas de salud sexual y reproductiva; y la

incorporación en la medida de lo posible de las familias y los jóvenes en la planificación, la ejecución y la evaluación de los programas de atención y prevención del VIH/SIDA.”

“Para 2005, establecer estrategias integrales de atención y avanzar considerablemente en su aplicación con miras a: fortalecer los servicios de atención que prestan la familia y la comunidad, incluidos los que proporciona el sector no estructurado, y los sistemas de atención de la salud para dar tratamiento a las personas que viven con VIH/SIDA, incluidos los niños infectados [...]”

Práctica, normas y estrategias Para el 2003 para 2005

“Para 2003, elaborar y para 2005, poner en práctica, normas y estrategias nacionales a fin de: establecer y fortalecer la capacidad de los gobiernos, las familias y las comunidades para dar un entorno que brinde apoyo a los huérfanos y a las niñas y los niños infectados o afectados por el VIH/SIDA, entre otras cosas, dándoles asesoramiento y apoyo psicosocial adecuado, y asegurándoles escolarización y acceso a vivienda, buena nutrición y servicios sociales y de salud en pie de igualdad con otros niños; y proteger a los huérfanos y a las niñas y los niños vulnerables de toda forma de maltrato, violencia, explotación, discriminación, trata y pérdida del derecho de sucesión.”

“Asegurar la no discriminación y el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos mediante el fomento de una política activa y visible para terminar con el estigma de las niñas y los niños huérfanos y en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA.”

“Instar a la comunidad internacional, especialmente a los países donantes, a los agentes de la sociedad civil y al sector privado, a que complementen eficazmente los programas nacionales en apoyo de programas para las niñas y los niños huérfanos o en situación vulnerable a causa del VIH/SIDA en las regiones afectadas y en los países de alto riesgo, y a que destinen asistencia especial al África subsahariana.”

Trabajo y VIH

La fuerza de trabajo del sector de la salud, al proporcionar cuidados a los pacientes con VIH, también corre el riesgo de infectarse, especialmente cuando no se observan las normas mínimas de seguridad y salud en el trabajo.

El mayor volumen de trabajo resultante de la epidemia, el temor a la infección y la falta de medidas adecuadas de seguridad y salud o de formación específica relativa al VIH conllevan que los trabajadores de la salud deban hacer frente a un estrés psicológico y físico enorme.

Es esencial aumentar la fuerza de trabajo en los servicios de salud, impartirle una buena formación, dotarla de recursos y proporcionarle un entorno de trabajo seguro a fin de frenar la transmisión del VIH y prestar asistencia, tratamiento y apoyo a quienes los necesitan. La multiplicidad de cuestiones que ello implica requiere la aplicación de políticas coherentes e integradas con miras a crear la infraestructura y las capacidades humanas y técnicas necesarias.

OBJETIVOS

El objetivo de estas directrices es promover una gestión adecuada del VIH/SIDA en los servicios de salud, incluida la prevención de los riesgos profesionales. Además, se trata de asegurar a los trabajadores del sector condiciones de trabajos decentes, seguros y saludables y de proporcionar a los pacientes un cuidado eficaz en el respeto de sus necesidades y derechos, en especial a quienes viven con el VIH/SIDA. Estas directrices descansan en el principio básico de que la elaboración y la aplicación de las políticas deberían ser el resultado de un proceso de consultas y colaboración entre todas las partes interesadas, proceso que debería basarse en el diálogo social e incluir en lo posible a las personas y a los trabajadores que viven con el VIH/SIDA.

En ellas se adopta un enfoque del VIH/SIDA basado en los derechos, tal como aboga la comunidad internacional en general, aprovechando al máximo lo que ofrecen los instrumentos de la OIT y de la OMS en materia de seguridad y salud en el trabajo respecto del VIH/SIDA.

ALCANCE Y CONTENIDO

Estas directrices están destinadas a los gobiernos, a los empleadores públicos y privados, a los trabajadores y sus representantes, a las asociaciones profesionales, a las instituciones científicas y académicas y a todos los demás grupos y órganos cuyas responsabilidades y actividades guarden relación con la prestación de servicios de atención de la salud. Están concebidas para servir de base a la formulación de políticas prácticas y como referencia técnica a la que puedan recurrir los servicios de atención de la salud ya sea en su forma original o adaptándolas a sus propias necesidades y características.

PRINCIPIOS

Las presentes directrices reflejan los diez principios fundamentales contenidos en el Repertorio de recomendaciones prácticas de la OIT sobre el VIH/SIDA y el mundo del trabajo, que se aplican a todos los aspectos del trabajo y a todos los lugares de trabajo, incluido el sector de la salud:

- (a) **Un problema de ámbito laboral:** el VIH/SIDA constituye un problema de ámbito laboral porque afecta a los trabajadores y porque el ámbito laboral puede desempeñar una función esencial en la limitación de su propagación y en la atenuación de sus efectos.
- (b) **Acabar con la discriminación:** no se debería discriminar o estigmatizar de forma alguna a los trabajadores por el hecho de estar real o supuestamente infectados por el VIH.
- (e) **Igualdad entre hombres y mujeres:** una mayor equidad en las relaciones de género y la potenciación de la mujer son indispensables para prevenir la propagación del VIH y ayudar a las personas a hacer frente a su impacto.
- (d) **Un ambiente de trabajo sano:** el riesgo profesional debería minimizarse en el lugar de trabajo, y éste debería adaptarse a la salud y las facultades de los trabajadores.
- (e) **Diálogo social:** el éxito de las políticas y de los programas contra el VIH/SIDA requiere la cooperación y la confianza entre los empleadores, los trabajadores y los gobiernos.
- (f) **Eliminación de las pruebas de detección a los efectos del empleo:** las pruebas de detección del VIH en el lugar de trabajo deberían realizarse de la forma especificada en el Repertorio, ser voluntarias y confidenciales y no utilizarse nunca para detectar una eventual seropositividad de los solicitantes de empleo o de los empleados.
- (9) **Confidencialidad:** el acceso a los datos personales, incluidos aquellos relativos a la eventual seropositividad de un trabajador, debería regirse por las normas de confidencialidad enunciadas en los instrumentos vigentes de la OIT.
- (h) **Continuación de la relación de trabajo:** los trabajadores con enfermedades relacionadas con el VIH deberían poder trabajar en condiciones apropiadas mientras sean médicamente aptos para ello.
- (i) **Prevención:** los interlocutores sociales se encuentran en una situación inmejorable para promover los esfuerzos de prevención mediante la información, la educación y el fomento de la modificación de los hábitos.
- (J) **Asistencia y apoyo:** todos los trabajadores tienen derecho a unos servicios médicos asequibles y al disfrute de las prestaciones de los regímenes obligatorios y profesionales.

FUNCIÓN DE LOS GOBIERNOS

La responsabilidad de los gobiernos consiste en velar por que se adopte un enfoque coordinado en todos los sectores, promover y apoyar las normas más ambiciosas posibles en los servicios de salud, en especial en lo que respecta a las condiciones de trabajo y al cuidado dispensado a los pacientes, y asignar los recursos y una financiación adecuados. La elaboración y la aplicación satisfactorias de las políticas y leyes nacionales requieren un proceso de consultas exhaustivas con las organizaciones de los empleadores y de los trabajadores y sus representantes en los servicios de salud, las asociaciones profesionales, las personas que viven con el VIH/SIDA y todas las demás partes interesadas, así como sistemas de aplicación eficaces.

En el contexto particular del sector de la salud, dado que los gobiernos elaboran y aplican normas al tiempo que actúan como empleador, se debería velar por que dichas funciones se mantengan separadas con el fin de minimizar los conflictos de intereses y proteger adecuadamente los derechos de los trabajadores, sobre todo allí donde no se reconocen sus organizaciones. Los gobiernos, en colaboración con los empleadores, los trabajadores y sus respectivos representantes y los demás responsables de los servicios de salud, deberían establecer el marco normativo adecuado y, cuando proceda, revisar las leyes laborales y otras normativas con el fin de incluir en ellas disposiciones:

- a) que garanticen que, en los planes nacionales de acción contra el VIH/SIDA, se definan y prioricen las necesidades específicas de los servicios de salud y de los trabajadores del sector,
- b) que promuevan la puesta en marcha en los servicios de salud, de un sistema nacional de gestión de la seguridad y la salud en el trabajo que incluya disposiciones y directrices encaminadas a lograr condiciones de trabajo decentes y un entorno de trabajo seguro. Dicho sistema debería tratar la transmisión del VIH/SIDA que resulte de un incidente profesional, de la misma manera que trata otras lesiones de carácter profesional,
- c) que protejan los derechos de todos los trabajadores y pacientes, independientemente de si están o no infectados por el VIH/SIDA.

FUNCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES DE EMPLEADORES Y DE TRABAJADORES

En el contexto más amplio de la atención al personal de la salud, las organizaciones de los empleadores y de los trabajadores deberían:

- (a) participar plenamente en la elaboración y la difusión de normas, directrices, políticas y marcos éticos que respalden los programas de VIH/SIDA, con inclusión de normas relativas a la seguridad y la salud en el trabajo;
- (b) formular y aplicar una estrategia de VIH/SIDA destinada a los miembros de la organización y una política para sus empleados;
- (e) sensibilizar a los trabajadores y ayudarles a consolidar sus capacidades a fin de mitigar el efecto del VIH/SIDA en el lugar de trabajo;
- (d) informar y capacitar a los trabajadores sobre los principios fundamentales de la OIT y los derechos laborales;
- (e) asegurar que los trabajadores infectados o afectados por el VIH estén protegidos contra el estigma y contra toda forma de discriminación;
- (f) trabajar en conjunto con los empleados para supervisar la observancia de toda la legislación y de las disposiciones en materia laboral y de seguridad y salud en el trabajo;
- (g) brindar a los trabajadores, en el lugar de trabajo, un acceso mayor al asesoramiento ya las pruebas de detección voluntarios, al tratamiento ya los programas de bienestar y de recuperación,
- (h) cooperar entre sí y con todas las partes interesadas pertinentes en la concepción de estrategias para luchar contra el VIH/SIDA en los servicios de la salud

EL SECTOR DE LA SALUD COMO LUGAR DE TRABAJO

La magnitud del riesgo profesional en el sector de la salud no está muy clara, en parte

debido al rechazo y al sentimiento de culpa asociados a la comunicación de heridas provocadas por objetos punzantes y a la ausencia de profilaxis posterior a la exposición.

En el lugar de trabajo, políticas y programas adecuados deberían garantizar la protección contra el rechazo y la discriminación, el suministro de tratamiento, asistencia y apoyo, y el acceso a las prestaciones reglamentarias, independientemente de la manera en que se haya contraído el VIH/SIDA.

Los principales elementos de los programas y políticas referentes al lugar de trabajo se identifican y describen a continuación, con particular hincapié en los requisitos específicos de los servicios de salud. Las referencias a instrumentos jurídicos, políticos y técnicos clave figuran en un recuadro para ayudar a los usuarios a obtener información adicional y considerada válida y pertinente por la OIT y la OMS.

Estigma y discriminación en el sector de la salud

El estigma y la discriminación - por parte de los trabajadores de la salud con respecto a colegas o pacientes o por parte de los empleadores para con los trabajadores - son un problema grave en muchos entornos asistenciales, puesto que menoscaban la prestación de atención médica y los programas de prevención. El estigma y la discriminación pueden revestir distintas formas, y provocar el retraso, la inadecuación o la negación de un tratamiento; la inobservancia de la confidencialidad; un comportamiento inapropiado y poco ético, o la toma de precauciones excesivas. Las intervenciones en los servicios de salud obtienen mejores resultados cuando se integran en una campaña más amplia encaminada a reducir el estigma y la discriminación. En el ámbito de los servicios de salud, el estigma y la discriminación pueden reducirse considerablemente si se combina una serie de intervenciones complementarias, tales como:

- (a) aplicar políticas relativas al lugar de trabajo que prohíban expresamente la discriminación en el empleo y en el ejercicio de las responsabilidades profesionales;
- (b) ofrecer una atención integral, incluidos programas de bienestar y de recuperación, y suministrar tratamientos antirretrovíricos para mejorar la calidad de vida;
- (e) formar adecuadamente al personal, en todos los niveles de responsabilidad, para lograr una mejor comprensión del VIH/SIDA y ayudar a reducir las actitudes negativas y discriminatorias hacia colegas y pacientes que viven con la enfermedad. Esta formación debería proporcionar a los trabajadores del sector de la salud:
 - (i) información sobre los modos de transmisión del VIH y otras enfermedades infecciosas y el nivel de riesgo profesional para superar el miedo al contacto físico con los pacientes y proporcionar una base para el aprendizaje permanente;
 - (ii) competencias interpersonales que les ayuden a entender los efectos del VIH y la carga que supone el estigma, y herramientas para establecer una comunicación basada en el respeto y la no discriminación con los pacientes, los colegas y otras personas;
 - (iii) técnicas de gestión del estrés que permitan evitar la extenuación del personal a través de una plantilla adecuada; mayores oportunidades de trabajo autónomo; una mayor participación respecto de la manera de llevarlo a cabo; la determinación de un régimen de turnos, la rotación del trabajo, la promoción y el desarrollo personal; un reconocimiento temprano del estrés; el desarrollo de las aptitudes de comunicación necesarias para la supervisión, la creación de grupos de apoyo al personal y el goce de periodos de descanso fuera del lugar de trabajo.

(iv) una concienciación sobre la legislación vigente y las deposiciones por las que se protegen los derechos de todos los trabajadores de la salud y los pacientes, independientemente de su estado serológico respecto del VIH.

Divulgación y confidencialidad

La divulgación voluntaria por una persona de su infección por el VIH tiene muchas consecuencias y debe ser únicamente una decisión personal. La confidencialidad en el lugar de trabajo significa que las personas infectadas por el VIH tienen pleno control sobre la decisión de informar o no de su situación a sus colegas, así como sobre la forma de hacerlo. Los trabajadores de la salud deberían ser conscientes del carácter confidencial de esta información, que constituye un derecho, y no están obligados a contestar a quienes les pidan información sobre su estado serológico, sean los pacientes o sus familiares. El personal de los servicios de salud puede decidir no revelar en el tra-bajo cuál es su situación, por miedo al despido o a enfrentarse a un rechazo por parte del empleador o de los colegas. En un lugar de trabajo seguro y decente, en donde los trabajadores tienen información sobre el VIH y en donde no existe la discriminación y además se la prohíbe, es más probable que las personas infectadas por el virus se muestren más dispuestas a revelar su situación, a solicitar asesoramiento y tratamiento, y a participar en los programas de prevención. Este ambiente de trabajo a su vez fomenta la adopción de comportamientos preventivos y la asignación a puestos de trabajo adecuados (véanse el párrafo 11 (principios) y 52 (Vigilancia de la salud de los trabajadores)).

Debería mantenerse el carácter confidencial de todo el historial médico de los trabajadores que hayan estado expuestos a sangre o a fluidos corporales. Se podría poner a disposición de todos los trabajadores y de sus representantes información analítica sobre todos los incidentes de exposición que se hayan producido en un determinado servicio de salud, en la forma en que se haya convenido, tras realizarse consultas entre el empleador y los representantes de los trabajadores. Deberían establecerse procedimientos para hacer frente y reducir al mínimo las violaciones de la confidencialidad en el lugar de trabajo, de conformidad con lo estipulado en la legislación nacional.

Tratamiento

La disponibilidad de programas de bienestar y recuperación y de tratamiento antirretrovírico constituye un componente esencial de las estrategias para que el personal de la salud infectado por el VIH pueda seguir en su empleo y continúe siendo productivo. También contribuyen a reducir el rechazo y la discriminación al poner de relieve las ventajas de un tratamiento apropiado. En la medida de lo posible, los empleadores deberían garantizar que los trabajadores de la salud que lo necesiten tengan acceso gratuitamente al tratamiento antirretrovírico, y a unos programas de bienestar y recuperación de la salud que estén en consonancia con el tratamiento que se prescribe para otras enfermedades.

Seguridad en el empleo y ascenso profesional

Los trabajadores sanitarios que contraen el VIH pueden permanecer activos durante muchos años. Los que desde del punto de vista médico estén capacitados para trabajar no deberían sufrir de discriminación ya sea en lo que se refiere a la seguridad en el empleo o

a las posibilidades de perfeccionamiento o de promoción profesionales. Los empleadores deberían ser conscientes de que una gestión apropiada del VIH, en particular el suministro y la administración de terapias antirretrovíricas, puede mejorar mucho la salud en general así como la esperanza de vida y su calidad.

Condiciones de empleo y de trabajo

virtud de la legislación y la práctica nacionales, los trabajadores de la salud en los sectores público y privado deberían gozar de un subsidio de enfermedad, un seguro médico, seguridad social y/o acceso a un sistema de indemnización que sea por lo menos equivalente al que se ofrece a los trabajadores de otros sectores. El personal sanitario infectado por el VIH/SIDA no debería ser objeto de discriminación en lo que se refiere a su acceso a prestaciones sociales y otros beneficios reglamentarios. Al mismo tiempo, podría ser necesario realizar adaptaciones para responder a la manera en que se desarrolla la enfermedad, por ejemplo, prolongando la licencia por enfermedad y, de ser necesario, la cobertura de otras prestaciones. Si debieran ajustarse las disposiciones o regímenes vigentes para tomar en consideración las necesidades especiales resultantes de las enfermedades derivadas de la infección por el VIH, esto debería ser objeto de negociación entre el personal directivo y el sindicato o los representantes de los trabajadores.

Acondicionamiento razonable

El acondicionamiento razonable se refiere a las adaptaciones administrativas o prácticas hechas por el empleador para ayudar a los trabajadores aquejados de una enfermedad o discapacidad a realizar su trabajo. Los trabajadores con SIDA y otras enfermedades derivadas, que necesitan cambiar de funciones profesionales por esos motivos, deberían recibir el mismo trato que se da a los trabajadores que padecen otras enfermedades crónicas, en virtud de lo dispuesto en la legislación y la práctica nacionales. Los empleadores, en consulta con los trabajadores y con sus representantes, deberían tomar las medidas pertinentes para adaptar, de manera razonable y en función de cada caso, el lugar de trabajo a la situación de cada trabajador. Estas medidas podrían apuntar a:

- (a) reordenar la jornada de trabajo;
 - (b) modificar sus tareas y funciones, incluso las que desempeñan los trabajadores VIH positivos expuestos a riesgos (véase el párrafo 11) o las que representan un riesgo para los pacientes en virtud de los procedimientos invasivos que realizan (véase el párrafo 52)41;
 - (c) adaptar el equipo y el entorno de trabajo;
 - (d) prever periodos de descanso y proporcionar instalaciones para restaurarse;
 - (e) conceder tiempo libre para las consultas médicas; (f) autorizar licencias flexibles por enfermedad, y
 - (g) prever el trabajo a tiempo parcial y modalidades flexibles de reincorporación al trabajo.
- Es preferible que las condiciones generales del acondicionamiento razonable se definan en colaboración con los empleadores, y los trabajadores y sus representantes. Las campañas de sensibilización a estos efectos deberían ayudar a que los demás trabajadores perciban el acondicionamiento razonable como una prestación de asistencia necesaria y no como un trato favorable.

Campaña VIH 2007 - CABA

Señor/a
Diputado/a de la Ciudad de Buenos Aires
PRESENTE

El lema del Día Mundial de la Lucha contra el SIDA 2006 es “Detengamos al SIDA, mantengamos el compromiso”. Como lo señala el Equipo de Campaña de Naciones Unidas, durante el Día Mundial del SIDA 2006 esperamos lograr los siguientes objetivos:

- Lograr un mayor compromiso por parte de líderes políticos respecto de la responsabilidad y de sus promesas en torno al VIH/SIDA.
- Conseguir apoyo para un amplio movimiento de organizaciones de la sociedad que llevan a cabo campañas, con el fin de que desarrollen un sentido de identidad conjunta y un propósito común.
- Mejorar la conciencia pública y la implicación de la gente en cuanto al problema del SIDA a nivel mundial.

En consonancia con estos objetivos, nos dirigimos a Ud para solicitarle una entrevista a fin de alcanzar un compromiso mutuo de cara a la situación que viven los habitantes de nuestra ciudad ante el SIDA.

El punto de partida de este compromiso es reconocer algunos avances logrados por la movilización de las organizaciones de la comunidad y que hoy constituyen políticas de gobierno:

- Los ciudadanos de la ciudad disponen de diagnóstico, tratamiento y medicación gratuitos en los hospitales públicos merced a la distribución de medicamentos y reactivos que realiza el Programa Nacional. Los beneficiarios de Obras Sociales y los asociados a empresas de medicina prepaga disponen del mismo beneficio por ley.
- La puesta en marcha del Programa de Salud Reproductiva constituye un avance que, de implementarse de manera integral y sostenida puede resultar en un gran avance para prevenir nuevos casos.



- La distribución de preservativos se ha incrementado de manera significativa, aunque queda mucho por hacer para que resulten más accesibles y sean incorporados a la cotidianeidad de la vida sexual.

Por esta situación es que, a la vez que renovamos nuestro compromiso de detener el SIDA, recurrimos a Uds., en su calidad de decisores políticos. Les proponemos que juntos, en beneficio de toda nuestra comunidad y, en particular de las personas que viven con VIH-SIDA avancemos a promover las siguientes medidas:

- Control temprano de embarazo y ofrecimiento de análisis para todas
 - Stock complementario permanente de medicación antiviral y ractivos para hacer frente a cualquier situación de falta de medicamentos
 - Programa de empleo para las personas en tratamiento
 - Pase de transporte libre para las personas en tratamiento
 - Consejería de SIDA y Hepatitis C en todos los hospitales de la ciudad
 - Presupuesto porteño para un programa de prevención con participación de las redes y organizaciones de la comunidad
 - Apertura de un registro de ONGs para que presenten información y orientación sobre SIDA en escuelas, en el marco de la ley de salud reproductiva.
 - Eliminación de la consulta discriminatoria que impide a las personas homosexuales donar sangre
- Por todo lo expuesto reiteramos nuestro compromiso para detener el SIDA y mantener el trabajo que hacemos desde nuestras organizaciones.

Saludamos a usted cordialmente.

AAES, AASH, AMMAR Capital, CHA (Comunidad Homosexual Argentina), FAPANS, Fundación Buenos Aires SIDA, Fundación Crisanto, Fundación RED, Grupo de Mujeres Argentinas, Red CABA de Personas Viviendo con VIH-SIDA, Red de Mujeres Argentinas.

Homofobia



Centro Internacional de Cooperación
Técnica en VIH y SIDA

Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género

Derechos humanos, salud y VIH

Pueden extraerse varias enseñanzas de este cuarto de siglo de epidemia de SIDA. Por un lado, que la infección y la enfermedad no impactan al azar, sino en personas y grupos cuyas situaciones son las más vulnerables. Por otro lado, que la epidemia y la respuesta a ella mostraron una relación directa entre la protección de la salud y la protección de los derechos humanos o, inversamente, entre peores índices de salud y violación de derechos humanos.

En todo el continente el SIDA ha venido afectando, desde el inicio de la epidemia y hasta nuestros días, a personas y grupos cuyas prácticas e identidades sexuales fueron históricamente discriminadas y hasta perseguidas: gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas bisexuales y trans (travestis, transexuales, transgénero, intersex), y lesbianas.

Las experiencias evidencian que la prevención, atención y apoyo en VIH y SIDA sólo pueden encararse eficazmente si se reconoce la dignidad y la diversidad de todas las personas. Por el contrario, la discriminación aleja a las personas del sistema de salud y desalienta la adopción de comportamientos de cuidado hacia sí y hacia los demás.

Algunas sociedades latinoamericanas han avanzado mucho en tolerancia y respeto de la diversidad sexual, como también en la no-discriminación basada en el sexo, la orientación sexual y la identidad de género.

Como aún falta mucho por hacer, esta Guía apunta a establecer criterios claros y propuestas concretas.

Introducción: La Homofobia

La discriminación por orientación sexual y por identidad de género ha recibido varias denominaciones. Desde la psicología y las ciencias sociales se empezó a usar el término «homofobia» para dar cuenta de una variedad de fenómenos que tienen en común su posición negativa respecto de la homosexualidad. El término surgió para referirse a un tipo psicológico hostil a la homosexualidad, pero luego su sentido se fue extendiendo hasta designar a todo tipo de discriminación por orientación sexual. En realidad, etimológicamente el término homofobia es inexacto. Si el prefijo griego «homo» quiere decir «semejante», literalmente homofobia es el miedo irracional del semejante (y no «miedo al homosexual»). Sin embargo, porque se fue popularizando a través de los movimientos sociales y agencias en un contexto globalizado, o por otras razones, este término fue adoptado en lugar de otros más precisos conceptualmente pero de menor popularidad. Al mismo tiempo, otras expresiones como «discriminación» o «prejuicio» parecían vaciadas de sentido e incapaces de dar cuenta de experiencias específicas de muchos individuos y grupos.

En suma, la homofobia se define como la intolerancia y el desprecio hacia quienes presentan una orientación o identidad diferentes a la heterosexual.

Es decir, la discriminación, odio, miedo, prejuicio o aversión contra hombres homosexuales, mujeres lesbianas, y personas bisexuales, transgénero, travestis, transexuales e intersexuales.

La experiencia mostró asimismo que el término homofobia puede asimilar situaciones que son diversas: de ahí que desde los movimientos sociales se promueva el uso de «homofobia», «gayfobia», «lesbofobia» y «transfobia» para hacer visibles los procesos de discriminación y exclusión de los que son víctimas las personas no-heterosexuales, gays, lesbianas y trans, respectivamente.

Homofobia, discriminación y VIH/SIDA

La discriminación disminuye el impacto de las respuestas al VIH/SIDA, ya que los gays y otros hombres que tienen sexo con hombres son uno de los grupos más vulnerables y afectados, y en un alto porcentaje de casos ocultan su comportamiento sexual. Esto impide que los programas de prevención, consejería, pruebas y servicios asistenciales lleguen a ellos, poniéndose en riesgo a sí mismos y a sus compañeros y compañeras sexuales. Con respecto a las personas trans, la discriminación implica que se niegue su identidad de género, la que eligieron, atentando contra su acceso al sistema de salud y a la posibilidad de adoptar comportamientos de autocuidado y cuidado para con sus parejas.

La discriminación se da de diversas formas y en varios escenarios, tales como el seno familiar, el campo laboral, los servicios de salud, los servicios públicos, la política, la educación, actividades sociales y deportivas, e inclusive el sistema jurídico-legal, como en aquellos países de América Latina y el Caribe que aún penalizan la homosexualidad.

La presente Guía es el resultado de una política global establecida por ONUSIDA en lo que concierne al binomio derechos humanos y VIH, que tiene su implementación como acción prioritaria de la Oficina Regional para América Latina. En esta línea, ONUSIDA en sociedad con el Centro Internacional de Cooperación Técnica y el Grupo de Cooperación Técnica

Horizontal para América Latina y Caribe (GCTH) promovieron en la ciudad de Río de Janeiro en julio de 2006 un taller con expertas y expertos en el tema, para el desarrollo de propuestas y acciones a ser adoptadas en el ámbito de la región.

Esta Guía se dirige, por un lado, a instancias gubernamentales responsables de la formulación y ejecución de políticas públicas en el área de Derechos Humanos y del SIDA y, por el otro, a instancias de la sociedad civil. En este documento tratamos de no olvidar las situaciones de las diferentes personas y grupos, que tienen en común padecer discriminación basada en su orientación sexual y/o en su identidad de género.

El derecho a la salud

La salud es un derecho fundamental, basado en numerosos documentos y compromisos internacionales que suscribieron los Estados de la región.

Particularmente en materia de VIH/SIDA, los Estados se comprometieron a garantizar el acceso a prevención, tratamiento, cuidados y apoyo de manera universal. Para hacer efectivos tales compromisos, es necesario prevenir y combatir la discriminación basada en la orientación sexual y la identidad de género.

Las condiciones de salud y la garantía de los derechos humanos están estrechamente vinculados: la salud impacta en el ejercicio de los derechos, y los derechos impactan en la salud individual y colectiva.

Por un lado, las políticas, programas y prácticas de salud tienen impacto en los derechos humanos, y esto se da en todas las fases de las políticas de salud, desde su diseño (estudios epidemiológicos y recolección de datos, detección de problemas y necesidades, caracterización de los mismos, desarrollo de planes) hasta su implementación y evaluación.

En este sentido, los Estados en general excluyen a las poblaciones de gays, lesbianas, travestis, transexuales, transgénero, bisexuales e intersexuales (GLTTTBI) en la caracterización de las necesidades sanitarias, en la implementación de sus políticas y en su evaluación. Asimismo, muchas veces las políticas desconocen los contextos sociales de discriminación, por lo que terminan tanto estigmatizando a las personas.

Capítulo 1

como fracasando en sus objetivos. Un factor que incide en estos fracasos es el hecho de no prever la participación ni tener en cuenta las opiniones de las propias personas beneficiarias en el diseño e implementación de las políticas de salud y, especialmente, de prevención y atención del VIH.

Por otro lado, las violaciones o falta de cumplimiento de alguno o todos los derechos humanos tienen efectos negativos en la salud de los individuos y comunidades, definida ésta como el bienestar físico, mental y social. Las violaciones más flagrantes de los derechos humanos (como la tortura y el encierro en condiciones inhumanas) tienen impacto en la salud de las personas, y también lo tienen aquellas violaciones de derechos menos evidentes, como la discriminación, que obliga a las personas a aislarse y dificulta su acceso a información preventiva y al sistema de salud. Inversamente, el respeto y la promoción de derechos humanos tienen consecuencias favorables para la salud individual y pública.

En síntesis, existe una estrecha conexión entre ambos elementos: la promoción de la salud requiere esfuerzos para promover y proteger los derechos y la dignidad, y un mayor cumplimiento de los derechos humanos demanda que se atiendan seriamente las cuestiones de salud y sus determinantes sociales.

Salud y homofobia

El estigma, la discriminación y la violencia que afectan a gays, lesbianas, bisexuales y trans en los distintos países latinoamericanos tienen consecuencias graves en términos de morbilidad y mortalidad, como lo muestra la epidemia del VIH.

La homofobia no existe ni se da de manera aislada de las otras formas de discriminación social. Los procesos de estigma y discriminación que ha desencadenado la epidemia se montan sobre viejos prejuicios y mecanismos de discriminación que han existido en la región: relacionados con el sexo (como el machismo y la misoginia), las razas y etnias, la situación socioeconómica, y la orientación sexual e identidad de género.

De no mediar movilización social o intervención estatal, nuevos y viejos prejuicios se refuerzan mutuamente agudizando los procesos de discriminación social.

La homosexualidad no es una enfermedad

Hace décadas que las entidades científicas y organizaciones como la OMS han reconocido que la homosexualidad no es una patología o perversión.

Mientras haya consentimiento y no se viole la integridad personal, los deseos, identidades, orientaciones, prácticas y relaciones sexuales, eróticas y afectivas, son de la incumbencia de cada uno de los individuos, y no del Estado o de la medicina. Por el contrario, el Estado debe velar por la libertad y la igualdad de todos los ciudadanos, sin distinción de sexo, género, orientación sexual, o identidad y expresión de género.

Esta premisa está garantizada en las constituciones nacionales de muchos países y también en varios acuerdos y tratados internacionales.

La sexualidad se puede ejercer libremente mientras haya consentimiento y no haya violencia a la integridad de las personas, particularmente las biológica y socialmente más vulnerables. Debemos insistir en condenar el abuso de menores, así como de mujeres, varones o trans adultos, se trate de un abuso heterosexual o no heterosexual. Los países necesitan acciones inmediatas y enérgicas, a través de la implementación de nueva legislación y/o el cumplimiento efectivo de la existente.

De modo similar, frente a los crímenes homofóbicos, las sociedades latinoamericanas no pueden permanecer en silencio, ya que la omisión refleja connivencia o negligencia en la defensa de los derechos de todos los ciudadanos y ciudadanas.

Una epidemia concentrada en GBT/HSH

En prácticamente todos los países de América Latina y el Caribe, entre la población de gays, bisexuales, trans y hombres que tienen sexo con hombres (GBT/HSH), las prevalencias del VIH son mayores al 5%, por lo que puede hablarse de una epidemia concentrada en esta población, aun cuando también hay otros grupos altamente afectados.

Desde el inicio de la epidemia, el peso relativo de la población GBT/HSH pudo haber bajado en algunos países, pero la información disponible muestra que en términos absolutos la epidemia está lejos de ser controlada, a pesar de los esfuerzos gubernamentales y comunitarios.

Los siguientes datos, provenientes de los informes de ONUSIDA y OPS, así como de una revisión epidemiológica reciente (Cáceres, Konda et al. 2006), son elocuentes:

- A fines del 2005, alrededor de 1.8 millones de personas vivían con VIH en América Latina y, en la actualidad, la epidemia está expandiéndose.
- En 2005, se estima que en la región por lo menos 200 mil personas contrajeron el virus y 66 mil personas murieron.
- En algunos países centroamericanos, como Guatemala, Honduras y Belice, la prevalencia del VIH se encuentra por encima del umbral del 1%.
- Entre las y los jóvenes de 15 a 24 años de edad, alrededor del 0.4% de las mujeres y el 0.6% de los varones estaban viviendo con VIH en 2005 en América Latina.
- En prácticamente todos los países latinoamericanos, los más altos niveles de infección por VIH se dan entre personas y grupos GBT/ HSH. Por ejemplo, de los casos de SIDA reportados en Argentina, Bolivia, Brasil, Guatemala y Perú los GBT/HSH representan entre 25% y 35%, siendo en México más de la mitad de los casos con vía de infección conocida.
- En América Latina y el Caribe entre 6% y 20% de los hombres tuvieron alguna vez sexo con otros hombres, entre 2% y 8% lo hicieron el último año, y entre 1% y 4% tuvieron relaciones consideradas de alto riesgo, es decir sexo anal sin protección.
- En la región, la prevalencia del VIH entre GTB/HSH oscila entre 10% y 20% según los estudios disponibles.
- El uso consistente del preservativo no es universal: en sexo entre hombres, oscila entre 10% y 75%.
- Entre 10% y 50% de los GTB/HSH tuvo alguna vez sexo con mujeres.
- El crecimiento del VIH en varias partes de la población, por ejemplo entre usuarios de drogas, mujeres o niños y niñas, hizo que pareciera estabilizarse o disminuir la epidemia de VIH en GBT/ HSH. Sin embargo, en todos los países la incidencia del VIH en GBT/HSH sigue estable o continúa creciendo en números absolutos.
- La situación de cobertura de prevención, tratamiento, apoyo y cuidados en GBT dista de ser universal. Los países con mejores coberturas, como Brasil, deberían servir como modelo, pero inclusive en ellos la desigualdad y la discriminación se traducen en inequidades en salud para con esta población.

- Las trans son quienes registran peores datos de incidencia, prevalencia, morbilidad y mortalidad asociadas al VIH, así como a la violencia y a otras enfermedades.

Dentro de las poblaciones más vulnerables en términos de salud se encuentran las personas trans, tanto en relación con el VIH como con otras patologías y riesgos, vinculados, por ejemplo, al uso de silicona industrial – no médica – en sus cuerpos, sin asesoramiento de profesionales de salud (Jones et al. 2006: 105-111). Por otro lado, son prácticamente inexistentes los registros epidemiológicos sobre morbi-mortalidad ligada al VIH y a otros factores que den cuenta de su especificidad. Para el diseño de políticas, muchas veces se usa la expresión «hombres que tienen sexo con hombres» para referirse a las trans, lo cual constituye una forma de violencia hacia su identidad de género.

Al mismo tiempo, continúa existiendo una situación generalizada de desconocimiento sobre la salud sexual e integral de las lesbianas. Poco se sabe, por ejemplo, de la prevalencia de ITS en mujeres lesbianas y bisexuales, como una cuestión vinculada al VIH. En este contexto, los sistemas de salud carecen de los recursos humanos y técnicos para prevenir y asistir a personas GLTTTBI. De ahí la demanda, por parte de los propios integrantes de estos servicios, de capacitación en aspectos técnicos y de sensibilización hacia las especificidades de este grupo, ya que los servicios y profesionales «no saben» cómo tratar a personas cuya sexualidad no se ajusta al modelo heterosexual y/o cuya identidad de género no se ajusta al modelo binario masculino/femenino.

Finalmente, la discriminación por orientación sexual e identidad de género tiene consecuencias en la salud sexual y física, y en los procesos de malestar mental (angustia, depresión y otros), más allá del VIH. A estos problemas relativos a la salud, cabe añadir otros daños sociales por homofobia: el aislamiento, la marginación y los crímenes y actos de violencia que afectan a personas GLTTTBI, actos sobre los cuales rara vez se investiga y condena a los culpables. A lo largo de la historia, la discriminación por orientación sexual e identidad de género ha estado ligada a numerosos crímenes, que se han registrado en México, Brasil, Chile, Argentina y otros países de la región. La generalizada impunidad de estos

crímenes, conocidos como crímenes de odio por homofobia [y lesbofobia y transfobia], es coherente con los altos niveles de homofobia presentes en toda la región.

Capítulo 2 - Salud y VIH: lo que la epidemia revela

En América latina, el VIH afecta desproporcionadamente a gays, bisexuales, trans, travestis, y a aquellos hombres que tienen sexo con hombres (HSH) que se consideran a sí mismos bajo diversas identidades, incluyendo la heterosexual. El impacto desproporcionado de la epidemia se debe en gran medida a la discriminación por orientación sexual e identidad de género que, a su vez, impide la implementación de políticas de prevención, atención y apoyo que sean universales y eficaces (Cáceres et al. 2002).

Los modos de recolección de datos, la interpretación de los mismos y la formulación de políticas, que invisibilizan prácticas e identidades no heterosexuales, pueden reflejar homofobia, lesbofobia y transfobia. Veamos algunos ejemplos al respecto:

Hombres gays, bisexuales y otros HSH:

- Recolección e interpretación de datos:
 - No es sistemática en todos los países.
 - Falta de recolección de datos sobre las especificidades de las ITS en GBT/HSH, incluyendo hepatitis y otras.
 - A veces se leen los datos con presupuestos ideológicos y no científicos.
- Formulación de políticas:
 - Falta de un enfoque integral de prevención, tratamiento, apoyo y cuidados (adherencia al tratamiento del VIH) en las personas GBT/HSH.
 - Falta de insumos específicos de prevención en el sistema de salud (por ejemplo, lubricantes).
 - Los varones gays muchas veces no son considerados como tales por personal de salud, ya sea por discriminación directa, por invisibilidad o por “buenas intenciones”, como el hecho de no tratar el tema de su orientación sexual para no incomodar al paciente.
 - A pesar de conformar proporciones muy grandes de las personas que viven con VIH, en varios países de la región no hay políticas de VIH dirigidas específicamente a varones gays y personas trans.

- En algunos países de la región, los varones gays y las personas trans enfrentan dificultades para el acceso a tratamiento antirretroviral, en parte por requerimientos de “acompañamiento familiar” en los protocolos de ingreso o por obstáculos más sutiles y arbitrarios de parte del personal de salud. En Perú, a pesar de haber tres hombres por cada mujer viviendo con VIH desde 1998 hasta 2006, la relación de hombres a mujeres en tratamiento antirretroviral es sólo 2 a 1.

Personas trans de las vulnerabilidades:

- Mayor prevalencia de VIH que otros grupos sociales.
- Vulnerabilidad causada por el ejercicio de la prostitución/ trabajo sexual en condiciones de gran riesgo. En el caso de las trans, es una alternativa casi obligatoria.
- Vulnerabilidad relacionada a un consumo de alcohol y drogas mayor que en otros grupos sociales.
- Vulnerabilidad relacionada a las mayores tasas de discriminación social y violencia policial y militar hacia ellas (en algunos países de la región los ejércitos aún cumplen o cumplieron en el pasado reciente labores que generalmente se asignan a la policía).
- En términos generales, nuestros países enfrentan una situación de desconocimiento de las necesidades de salud de las trans y obstaculizan su acceso y permanencia en el sistema de salud:
 - Atención de salud dificultada por los horarios y por desconocimiento y prejuicios de los equipos de salud hacia las trans.
 - Falta de capacitación y sensibilización al personal de salud.
 - Complicaciones quirúrgicas por el uso de siliconas no médicas.
 - Desconocimiento y falta de atención de los equipos de salud hacia las parejas.
 - Prevención de VIH/ITS en transexuales operadas y la dificultad de acceso a salud de la mujer trans.
 - Incapacidad institucional de procesar los desafíos que representan las trans: ¿dónde ubican a las y los trans? (¿salas de varones, de mujeres?)
- Dificultades para la adherencia al tratamiento del VIH.

Mujeres lesbianas:

- Las mujeres lesbianas y bisexuales en el sistema de salud: el SIDA evidenció tanto la presunción de la heterosexualidad como la

falta de políticas de atención específicas para mujeres no heterosexuales:

- Dificultades para el acceso a la reproducción asistida.
- Dificultades para la adherencia al tratamiento del VIH y prevención de la transmisión del VIH.
- Salud femenina: cáncer de mama, de útero.
- Presunción de maternidad como proyecto para todas las mujeres.
- Presunción de uso de anticonceptivos.
- Desconocimiento sobre la violencia y/o coerción sexual por parte de sus parejas.
- Despojo de la tutoría legal sobre sus hijos/as a madres lesbianas, en razón únicamente de su orientación sexual.

En términos generales:

- Los gobiernos deben redoblar esfuerzos para convertir a los programas y proyectos de prevención dirigidos a la población GLTTTBI una parte integrante de las políticas nacionales de prevención, control y apoyo en VIH/SIDA.
- La enorme carga de la vulnerabilidad biológica (mayor transmisión en el sexo anal, elevada prevalencia entre potenciales parejas) y su enorme peso en el mucho mayor riesgo de transmisión de VIH que es independiente del comportamiento. Esto significa que a los mismos comportamientos protectores desarrollados, las poblaciones GLTTTBI tienen mayor transmisión del VIH.
- Los tabúes que influyen para mantener en secreto el comportamiento sexual, contribuyen en el riesgo de VIH para hombres y sus parejas femeninas.
- Emerge la vulnerabilidad de las trans y trabajadores sexuales masculinos en relación al trabajo sexual/prostitución que ejercen.
- ITS: capacitación para el personal de salud sobre el mejor cuidado de diferentes grupos, como por ejemplo las enfermedades del recto, ano y colon. No se ofrecen servicios de salud sexual específicos para GLTTTBI a aquellos/as que no tienen el estereotipo esperado. Esto acaba perjudicando el diagnóstico y tratamiento precoz de las ITS.
- La homofobia es un obstáculo al acceso universal a los tratamientos anti-retrovirales: Algunos países que ofrecen acceso universal a medicamentos y desarrollan programas de adherencia no incluyen consejería para sexo más seguro y provisión de condones y

lubricantes, ni tratamiento de ITS y pruebas de VIH para las parejas, dificultando el éxito de esta política. Se observa una ausencia de prevención secundaria y terciaria específica para la población GBT/HSB.

- El acceso a pruebas y tratamientos para las diferentes poblaciones no está garantizado en todos los países: En Perú, por ejemplo, la razón hombre/mujer para el tratamiento antirretroviral es 2 a 1, mientras que los casos de SIDA es de 3 a 1. ¿Ocurre esto más por más disciplina por parte de las mujeres a la hora de seguir el tratamiento o por discriminación o auto exclusión de los varones, muchos de ellos gays?
- La adherencia al tratamiento del VIH en personas GLTTBI/HSB pone en juego la cuestión de auto estima en el cuidado del cuerpo.
- La ausencia de políticas y estrategias claras y específicas por parte de los gobiernos y sistemas de salud dirigidas a esta población, contribuye a reforzar la vulnerabilidad social y programática que alcanza a estos grupos.
- La mayor parte de las acciones dirigidas a esta población que existen actualmente en varios países de la región son responsabilidad de la sociedad civil. La articulación intersectorial es pues indispensable.
- La ineficacia de las políticas dirigidas a estas poblaciones genera costos que pueden medirse en términos económicos y de talentos y años de vida perdidos.
- Incluso en países donde hay respuesta ante la epidemia, la lucha contra la homofobia es hoy una prioridad.

El tema de la discriminación por orientación sexual e identidad de género, en su relación con la salud y el VIH/SIDA, debe encararse en el marco de los derechos humanos consagrados por los diversos documentos y tratados internacionales.

En este sentido, la experta Miriam Maluwa (2002) escribió: «La legislación internacional sobre derechos humanos protege a todas las personas por igual, sin distinciones ni discriminaciones. Todos los grupos de individuos deben gozar de manera igualitaria del amplio espectro de los derechos humanos – civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Así, la protección de los derechos humanos de los hombres que tienen sexo con hombres se fundamenta pues en un marco de derechos humanos según el

cual todas las personas merecen igual respeto y dignidad, cualquiera sea su situación.

Los Tratados y Convenciones de derechos humanos más importantes que adoptó la Asamblea General, entre otros la Declaración Universal de Derechos Humanos, la Convención contra la Tortura y otros Tratos o Castigos Crueles, Inhumanos o Degradantes, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos.

Capítulo 3

El marco de los derechos el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, y la Convención sobre los Derechos del Niño, garantizan la libertad de todos los seres humanos de la discriminación basada en diferentes aspectos, incluyendo sexo, color, idioma, religión, opinión política, nacimiento, origen nacional o social, estatus económico, civil, político, social u otro estatus.

El principio de la no discriminación fue adoptado también por los instrumentos regionales de derechos humanos, tales como la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, la Convención Americana sobre Derechos Humanos, y la Convención Europea de Derechos Humanos hombres que tienen sexo con hombres o sus familias y allegados, son «presuntos» infectados y por ende son discriminados.

Los comités de las Naciones Unidas que monitorean el cumplimiento de los tratados de derechos humanos por parte de los Estados, a nivel nacional, con sus obligaciones de asegurar el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos humanos de todas las personas brindan una gran oportunidad para (i) plantear cuestiones de derechos humanos relativas al VIH/SIDA, (ii) elaborar cómo los principios de la legislación internacional de derechos humanos se aplican al VIH/SIDA, incluyendo cuestiones relativas a los hombres que tienen sexo con hombres y (iii) ayudar a los Estados a comprender y cumplir mejor sus obligaciones referidas al VIH/SIDA.

El Comité de Derechos Humanos, que monitorea la implementación del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, se refirió

por ejemplo a la cuestión del derecho a la privacidad, notando que el Artículo 1712 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos es infringido por las leyes que criminalizan actos homosexuales consentidos llevados en privado entre adultos.

Específicamente en el contexto del VIH/SIDA, el Comité consideró que la “penalización de las prácticas homosexuales no puede considerarse un medio razonable o una medida proporcionada para lograr el objetivo de impedir la propagación del VIH y del SIDA... empujando a la clandestinidad a muchas de las personas que corren el riesgo de infectarse... [la penalización] iría en contra de la ejecución de programas de educación el 31 de marzo de 1994, 50° período de sesiones). Ver Informe del Comité eficaces en materia de prevención de la infección por el VIH y del SIDA”.

El Comité señaló también que la referencia al “sexo” que figura en el artículo 26 del Pacto de Derechos Civiles y Políticos, el cual prohíbe la discriminación por diversos motivos, incluye la «orientación sexual». Además, el Comité de Derechos Humanos confirmó que la prohibición de la discriminación requiere que los Estados revean y, si es necesario, revoquen o modifiquen sus leyes, políticas y prácticas con el fin de proscribir tratamientos diferenciados basados en criterios arbitrarios relacionados con el VIH.

Dicho todo esto, concluye Maluwa:

En su calidad de miembros de las Naciones Unidas y como Estados parte de los mencionados instrumentos de derechos humanos, los Estados tienen la obligación de respetar, proteger y realizar los derechos humanos.

La obligación de respetar implica que los Estados se abstengan de interferir directa o indirectamente en el goce de los derechos humanos. La obligación de proteger implica que los Estados tomen medidas que eviten que terceras partes interfieran en los derechos humanos, y la obligación de cumplir o realizar implica que los Estados adopten medidas legislativas, presupuestarias, judiciales y otras necesarias para la plena realización de los derechos humanos.

Los Estados han tenido la voluntad de manifestar su compromiso político de implementar los derechos humanos en el contexto del VIH/SIDA. Los Estados deben hacerse responsables de dar cuenta de dichos compromisos legales y políticos.

El tema de la discriminación sobre la base de la orientación sexual fue formalmente presentado por primera vez en un foro de la Naciones Unidas durante la Conferencia Mundial sobre la Mujer en Beijing (1995), por la delegación de Suecia. La presentación fue objetada por las delegaciones de países islámicos e imposibilitó su adopción. El debate fue retomado en el proceso preparatorio para la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia, realizada en Durban (2001). El gobierno de Brasil llevó el tema a la Conferencia Regional de las Américas, realizada en Santiago de Chile en 2000, preparatoria para la Conferencia de Durban.

La Declaración de Santiago compromete a todos los países del continente con el texto que menciona la orientación sexual entre las bases de formas agravadas de discriminación racial y exhorta a los Estados a prevenirla y combatirla. Durante la Conferencia Mundial de Durban, Brasil introdujo el tema de la discriminación por orientación sexual en la plenaria. La propuesta fue apoyada por varias delegaciones, pero no fue incluida en el texto final de Declaración. Desde 2003, Brasil, con el apoyo de Argentina y otros países, está promoviendo la inclusión de la no-discriminación por orientación sexual en los instrumentos de Naciones Unidas, por ahora infructuosamente.

Los Estados deben actuar para cesar con la discriminación directa de la que ellos muchas veces son actores, y velar porque en la sociedad no del Milenio de las Naciones Unidas (2001), la Declaración de la Sesión Especial de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS) (2002), la Declaración y Programa de Acción de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación, la Xenofobia y la Intolerancia (2001) y la Declaración de la Cumbre Mundial para el Desarrollo Social (2002) se discrimine directa o indirectamente sobre la base de la orientación sexual y la identidad de género.

Así, Estado, sociedad civil, profesionales y todos los ciudadanos y ciudadanas, deberían involucrarse para prevenir y enfrentar la homofobia, la lesbofobia y la transfobia, considerando las brechas entre leyes y prácticas, y las diversas maneras de discriminación que se dan en los diferentes ámbitos. Es necesario avanzar en el reconocimiento universal de derechos humanos y ciudadanos

básicos, el derecho al reconocimiento de parejas y formas familiares no tradicionales, el derecho de los padres gays y madres lesbianas a mantener a sus hijos e hijas, el derecho de los niños y niñas a estar con sus madres y padres independientemente de la orientación sexual de éstos, y el derecho a adopción sin discriminaciones. Para las personas trans, las deudas pendientes en derechos se refieren a los documentos de identidad y la consignación de sexo y nombre, el derecho al trabajo y a permanecer en el sistema educativo, entre otras.

En síntesis, también los gays, lesbianas, bisexuales y trans participan del derecho universal a tener derechos, base de la ciudadanía.

Al respecto, vale la pena tener presente que:

- Las personas GLTTTBI son sujetos de derecho, principio que está garantizado en las cartas constitucionales de los países de la región.
- Reconocer sus derechos constituye el reconocimiento de igual dignidad a todos los ciudadanos, sin discriminación, y además no tiene costo económico para los Estados.
- Tal reconocimiento implica destacar la obligación del funcionario público de atender a los ciudadanos, independientemente de la orientación sexual o identidad de género.
- Implica también la exigibilidad de los derechos de parte de los ciudadanos y la justiciabilidad de tales derechos, es decir, de la posibilidad de lograr que se haga justicia, con la participación activa del Estado.
- Las leyes son fundamentales para garantizar un piso mínimo para la convivencia entre personas. En Brasil hay más de un centenar de municipios con leyes específicas que prohíben discriminar por orientación sexual. En numerosas ciudades de Argentina también hay normativa contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Cabe señalar, no obstante, que las leyes no cambian automáticamente las actitudes discriminatorias.
- La discriminación es tan grande que aunque la ley los proteja, las personas GLTTTBI muchas veces no se sienten cómodas ni siquiera ante el hecho de expresar públicamente simples gestos de cariño a la persona amada.
- ¿Cómo puede contribuir la población para hacer cambios de los códigos sociales? Mediante la inclusión de las mismas personas

GLTTTBI en los espacios de toma de decisiones, comités de hospitales, comités de diseño e implementación de políticas de SIDA y otros sitios de convivencia. Para este necesario cambio de la cultura, los sujetos tiene que estar actuando como agentes de la transformación.

Capítulo 4: Desafíos

Desafío 1: Ampliar e intensificar las respuestas ante el SIDA

- En la actualidad se convoca a la intensificación (scaling up) de las respuestas al VIH, a través de la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo, y la movilización creciente de recursos de fuentes nacionales, bilaterales, multilaterales y privadas.
- Los países son alentados a establecer sus propias metas y estrategias, de modo tal de tener el compromiso real de llevarlas a cabo.
- Según ONUSIDA, los indicadores actuales sugieren que, a nivel mundial, menos del 10% de las personas GBT/HSH tienen acceso a prevención y atención. La extensión de las intervenciones para la población GBT/HSH es un tema sensible y difícil pues a menudo aumenta la visibilidad de las personas, con consecuencias para la seguridad personal y las relaciones interpersonales y comunitarias, especialmente en contextos en que el sexo no heterosexual continúa siendo tabú, criminalizado o negado.

Desafío 2: Lograr el reconocimiento del derecho universal “a tener derechos”

- Cada uno es sujeto de su vida, y posee derechos y responsabilidades:
- Todas las personas, independientemente de su orientación sexual y/o identidad de género, tienen los mismos derechos, y deberían tener las mismas posibilidades para ejercerlos.
- Existe la necesidad de fortalecer la ciudadanía, y las condiciones de salud como un elemento fundamental de la ciudadanía, independientemente de la orientación o preferencia sexual e identidad de género de las personas.
 - El reconocimiento legal de las relaciones no heterosexuales, o la ausencia de reconocimiento, tiene consecuencias sociales y personales, incluyendo las emociones más íntimas y significativas.
 - Los Estados deben gobernar para todos y todas, lo que implica

garantizar el derecho a educación, salud, justicia, trabajo, protección y seguridad social (vivienda, jubilación, residencia, etc.), para el pleno ejercicio de la ciudadanía.

- Es necesario incluir acciones en los países por parte del propio Sistema de Naciones Unidas.
- Las temáticas ligadas a la orientación y preferencia sexual, y a la identidad de género, deben encararse en el marco del ejercicio de derechos humanos y garantías individuales y colectivas.

Desafío 3: Modificar los valores culturales discriminatorios y reforzar los valores de la solidaridad y respeto de la diversidad

- Comprender mejor las bases y mecanismos de discriminación hacia las personas GLTTTBI así como sus consecuencias sociales.
- Identificar las brechas en el acceso de los grupos más vulnerables a los programas sociales.
- Lograr el rechazo colectivo de la discriminación y la falta de acceso, en tanto implican una naturalización de la desigualdad.
- El Estado debe vigilar que no ocurran violaciones a los derechos humanos o los así llamados «crímenes privados», es decir, aquéllos que no se realizan en la esfera pública, pero ante los cuales los Estados son responsables.

En el capítulo siguiente se plantean algunas estrategias concretas para responder a estos desafíos.

Dividimos las propuestas de acción en dos secciones:

- 1) Sociedad civil y medios de comunicación;
- 2) Marco legal y políticas públicas.

Capítulo 5: Propuestas de acciones Sociedad civil y medios de comunicación

a) Sociedad civil

- Apoyo institucional y logístico a las marchas «del orgullo» y eventos alusivos a los derechos GLTTTBI.
- Inclusión del tema de la homofobia en las fechas conmemorativas de los derechos humanos y SIDA, tales como el 1º de diciembre (día mundial del SIDA), 10 de diciembre (día internacional de la declaración universal de los derechos humanos), 8 de marzo (día internacional de la mujer), 10 de marzo (día mundial de eliminación de todas las formas de discriminación racial), tercer

domingo de mayo (velas encendidas), 28 de mayo (día de la salud de la mujer), 25 de noviembre (día mundial de lucha contra la violencia contra la mujer) y otras fechas nacionales e internacionales importantes.

- Institucionalización del día 17 de mayo como el Día Mundial de Lucha contra la Homofobia, tal como propone ONUSIDA.
- Apoyo a las actividades relativas al Día Mundial de Lucha contra la Homofobia.

b) Medios de comunicación

- Creación y difusión de campañas de comunicación masivas con contenido específico a favor de la ciudadanía GLTTTBI e inclusión del tema en otras campañas institucionales.
- Difusión de un lenguaje actualizado de contenido no discriminatorio para periodistas y medios de comunicación.
- Inclusión del tema derechos humanos con énfasis en la discriminación y el estigma contra GLTTTBI en los programas de formación de periodistas y otros profesionales de la comunicación.
- Identificación de campañas en países de la región para replicarlas en otros países.
- Capacitación de activistas de la sociedad civil y funcionarios públicos para el abordaje de la discriminación contra personas GLTTTBI y de la epidemia del VIH.
- Inclusión de la lucha contra la discriminación de personas GLTTTBI como estrategia de lucha contra el estigma y discriminación de las personas viviendo con VIH.

Marco legal y políticas públicas

a) Marco legal

- Promoción de la existencia de un marco jurídico que garantice los derechos y penalice la discriminación por orientación sexual y por identidad de género.
- Promoción de la inclusión del tema de la orientación sexual e identidad de género en los instrumentos legales de protección de derechos humanos.
- Promoción del debate con legisladores y legisladoras para la generación de nuevas leyes o modificación de leyes existentes con miras al reconocimiento y defensa de estos derechos, respaldados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos y todas las

convenciones, resoluciones y tratados internacionales pertinentes.

- Adaptación de la legislación nacional, incluyendo las leyes que criminalizan el sexo consensual entre adultos del mismo sexo, a las normas internacionales de derechos humanos.
- Formación y mantenimiento de frentes o alianzas parlamentarias para la promoción de la ciudadanía GLTTTBI y el combate a la homofobia, lesbofobia y transfobia en cada país.
- Movilización de instancias jurídicas y políticas (defensorías y ministerio público) para garantizar el cumplimiento de la ley.
- Desarrollo de acciones de incidencia política (advocacy) junto a los tribunales superiores de cada país para que los avances obtenidos en los tribunales regionales sean garantizados.
- Garantizar el derecho a la personería jurídica por parte de las organizaciones que defienden los derechos de personas GLTTTBI.
- Inclusión en la agenda de las agencias multilaterales y bilaterales y de las fundaciones privadas internacionales, de la prioridad política y la necesidad de financiamiento de acciones dirigidas a la población GLTTTBI.
- Intercambio y sensibilización de legisladores en países donde hay menor avance en el reconocimiento de derechos a personas GLTTTBI.
- Inclusión del tema en la Carta de Derechos Humanos del Mercosur, Grupo de Río y GRULAC (Grupo de Países de América Latina y Caribe en el Consejo de Derechos Humanos de la Organización de Naciones Unidas), y en las entidades parlamentarias supranacionales.

b) Políticas Públicas

b.1 Principios orientadores

- Que todo diseño e implementación de políticas públicas relativas al VIH y/o a la población GLTTTBI implique la participación efectiva de referentes de esas comunidades.
- Que todas las políticas públicas contemplen mecanismos de control por parte de la sociedad civil.
- Que se respete la resolución del Grupo de Cooperación Técnica Horizontal en lo que concierne a la prevención de transmisión sexual del VIH y las medidas científicamente comprobadas.
- Que los gobiernos repudien las iniciativas de programas y acciones que procuren el «cambio» compulsivo de orientación sexual y/o identidad de género de cualquier persona.

b. 2 Propuestas generales

- Desarrollo de un programa nacional e intersectorial orientado a combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género y a promover la ciudadanía de la población GLTTTBI, creando y/o fortaleciendo mecanismos de monitoreo para la mejor implementación de políticas públicas.
 - Inserción transversal de la no-discriminación en todas las políticas públicas, en todos los niveles de gobierno.
 - Educación continua para la capacitación de abogados, asesores legislativos y funcionarios públicos sobre los derechos de los GLTTTBI
- y el combate a la discriminación por orientación sexual e identidad de género.
- Elaboración y distribución de publicaciones sobre derechos de personas GLTTTBI, con un abordaje sobre ciudadanía y combate a la discriminación por orientación sexual e identidad de género.
 - Formalización de la cooperación técnica con las ONG para acciones conjuntas de implementación de políticas públicas específicas para la promoción de la ciudadanía GLTTTBI y de los derechos humanos.
 - Planeamiento y dotación de presupuesto por parte de todos los niveles de gobierno para la implementación de acciones para la prevención del VIH/SIDA y para el apoyo y promoción de la ciudadanía GLTTTBI en diferentes áreas.
 - Creación de programas gubernamentales de apoyo a la formación y/o fortalecimiento de grupos y proyectos GLTTTBI en los países y ampliación de los ya existentes, orientándose a la promoción de los trabajos en prevención, asistencia y promoción de los derechos humanos.
 - Evaluación y monitoreo de los programas de prevención del SIDA y de promoción de los derechos humanos de la población GLTTTBI.
 - Creación y fortalecimiento de consejos de monitoreo de políticas públicas y promoción de derechos con participación de la sociedad civil, incluyendo organizaciones GLTTTBI con equidad entre los segmentos de este colectivo.
 - Creación de un comité nacional de enfrentamiento a la discriminación y violencia contra las personas GLTTTBI.
 - Creación de un sistema de información sobre crímenes de odio contra población GLTTTBI.

b.3 Ámbito de la educación

- Inclusión de educación sexual en las escuelas, basada en evidencia científica, inclusiva en términos de diversidad cultural y sexual, y en el marco de los derechos humanos, que contemple el tema de la orientación sexual e identidad de género.
- Creación de programas de combate contra la discriminación por orientación sexual e identidad de género en las escuelas.
- Educación continua sobre el tema de la orientación sexual e identidad de género en el marco de los derechos humanos para los profesionales de la educación y la salud.
- Inclusión en los libros didácticos de las cuestiones de orientación sexual e identidad de género y étnico-racial, en el marco de los derechos humanos.
- Creación en el ámbito del Ministerio de Educación y las correspondientes secretarías estatales, provinciales o departamentales, de una comisión técnica para la discusión sobre el abordaje de la orientación sexual en las políticas de educación, garantizando la participación de organizaciones del movimiento social GLTTTBI.

b.4 Ámbito de la salud

- Otorgamiento de recursos a las campañas y acciones específicas proporcionales al impacto de la epidemia de VIH/SIDA entre las poblaciones GLTTTBI.
- Creación de directrices que prohíban la discriminación por orientación sexual y/o identidad de género en los servicios de salud.
- Creación en el ámbito de los Ministerios de Salud de los países de comités para la proposición de políticas de salud específicas para población GLTTTBI.
- Construcción de alianzas entre la población GLTTTBI y otras poblaciones vulnerables (trabajadoras sexuales, usuarios de drogas, mujeres) y personas viviendo con VIH, para trabajar contra el prejuicio y estigma en el ámbito de la salud.
- Establecimiento de acciones de prevención, atención, cuidado y apoyo en VIH/SIDA que sean culturalmente adecuadas para la población GLTTTBI.
- Adecuación de los servicios de salud respetando las necesidades específicas de las personas GLTTTBI, combatiendo el prejuicio y

la discriminación.

- Creación de equipos multidisciplinarios dentro de hospitales para el abordaje de las necesidades específicas de las personas GLTTTBI.
- Capacitación y sensibilización de profesionales de la salud apuntando a cambios en sus actitudes en la atención a población GLTTTBI, garantizando el acceso igualitario y respeto a la orientación sexual e identidad de género.

b.5 Ámbito del Trabajo

- Descriminalización del trabajo sexual de las personas adultas.
- Articulación con los Ministerios de Trabajo para la implementación de políticas de combate a la discriminación hacia personas GLTTTBI en el ambiente de trabajo
- Desarrollo, en conjunto con los Ministerios de Trabajo, de programas de sensibilización sobre la importancia de la capacitación profesional de personas GLTTTBI, incluyendo quienes viven con VIH, en diversos segmentos del mundo del trabajo, contribuyendo a la erradicación de la discriminación laboral.

b.6 Ámbito de las Fuerzas Armadas y la Seguridad Pública

- Capacitación de policías, militares, civiles y agentes de las fuerzas armadas y de seguridad en derechos humanos y respeto a la población GLTTTBI.
- Apoyo a la creación de Centros de Referencia contra la discriminación, en la estructura de los organismos de Seguridad Pública, procurando la recepción, orientación, apoyo, direccionamiento y aceleración de denuncias sobre crímenes contra personas GLTTTBI.
- Creación de instrumentos técnicos para diagnosticar y evaluar la situación de violación a los derechos humanos de la población GLTTTBI y de los testigos de crímenes relacionados a la orientación sexual, para registrar los tipos de violación, la tipificación y el contexto de los crímenes, el perfil de los autores y el nivel de victimización, de modo de asegurar la orientación y

direccionamiento de las víctimas GLTTTBI a los servicios de asistencia y protección.

b.7 Ámbito de las Investigaciones y Estudios

- Realización de estudios e investigaciones en el ámbito nacional sobre sexualidad, comportamiento sexual, estigma y discriminación de modo conjunto con las universidades y organizaciones de movimientos sociales, para así orientar, monitorear y evaluar las políticas públicas.
- Promoción y desarrollo de estudios e investigaciones nacionales de modo conjunto con las universidades y organizaciones de movimientos sociales para la construcción de un mapa de la violencia hacia personas GLTTTBI y de sus vulnerabilidades como población, en cada país, para orientar las políticas públicas.
- Promoción de la generación de nuevos datos de índole multi-nacional, multi-regional y multi-disciplinario para trabajar temas epidemiológicos, antropológicos y socio-políticos relativos al sexo entre hombres y VIH (Cáceres, Konda et al. 2006). Ello implica, por ejemplo, que:
 - Debe usarse los resultados de etnografías recientes para el desarrollo de una estrategia para estudios epidemiológicos de estas poblaciones.
 - Debe promoverse que las encuestas nacionales obtengan información sobre sexo no heterosexual. Preguntas apropiadas culturalmente, pero estandarizadas, son cruciales.
 - Debe priorizarse las áreas con pocos datos. El reto enorme del estigma en el estudio de la actividad sexual no heterosexual debe ser confrontado.
 - Debe considerarse las necesidades especiales de hombres en instituciones cerradas y clientes o parejas de personas que hacen trabajo sexual, incluyendo personas trans.
 - Debe tenerse en cuenta la diversidad de prevalencia de VIH y el riesgo entre poblaciones GBT/HSH, por cuanto las diferencias de grupo ameritan el desarrollo de intervenciones más específicas.
 - Debe evitarse, en el contexto de las investigaciones, la exposición de individuos y grupos GBT/HSH a la violencia del Estado u otros.

Referencias

Alianza Lambda Venezuela 2006. *Por una Venezuela libre de homofobia*.
Borrillo, D. 2001. *Homofobia*. Barcelona, Bellaterra.
Cáceres C., Careaga G., Frasca T. y Pecheny M. Eds. *Sexualidad, estigma y derechos humanos. Desafíos para el acceso a la salud en América Latina*. 2006. FASPA/UPCH.
Cáceres C., Frasca T, Pecheny M. y Terto V. Eds. Ciudadanía sexual en América Latina: Abriendo el debate. Lima, ed. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
Cáceres C., Konda K., Pecheny M. et al., «Estimating the number of men who have sex with men in low and middle income countries», *STI Journal*, Vol. 82 (junio). 2006. Suppl III, p. iii3-iii9.
Cáceres C., Pecheny M. y Terto V. Eds. *SIDA y sexo entre hombres en América Latina y el Caribe: Vulnerabilidades, Fortalezas y Propuestas para la Acción*, Lima. 2002. UPCH/ONUSIDA.
Carrasco E. y Ochoa M. *Informe sobre impunidad*. 2003. ILGALAC-Oasis-UE.
Chequer P. S/F. *The Challenge of Prioritizing HIV/Aids in Low Prevalence Countries*.
Is the Aids Epidemic in Latin America Under Control?
Conway L. 2004. *Información Básica TH/TS/IS*, Accesible en www.lynnconway.com
Hinojosa C y Sardá A. S/F, *El precio de ser diferente. Consecuencias económicas* y sociales de la discriminación contra las lesbianas en América Latina.
Hron A. Report on Persecution of Sexual

Minorities in Jamaica, Jamaica Forum For Lesbians, All-Sexuals and Gays. 2003.
ILGA – Asociación Internacional de Lesbianas y Gays, *Derechos Humanos. Manual de Recursos y Directorio*. 2002.
Jones D., Libson M. y Hiller R. Eds. *Sexualidades, política y violencia*. 2006. Buenos Aires, Antropofagia.
Maluwa M., *A Rights Based Framework for Preventing the Transmission of HIV among Men Who Have Sex With Men*, WHO/UNAIDS. 2002. Traducción de Mario Pecheny.
Mayorga R. y Rodríguez Leerayes M.A. «La exclusión social basada en la orientación sexual no heterosexual en Guatemala», *Cuadernos de Desarrollo Humano*, No. 2001-9. 2001.
Montoya Herrera O, S/F. *La impunidad por homofobia y discriminación que sufren las comunidades gays, lésbicas, bisexuales, transgéneras y transexuales (GLBTT) en América Latina y Caribe*.
ONUSIDA, *Marco conceptual y base para la acción: Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA*. 2002.
Rodríguez Leerayes M.A., Mayorga Sagastume R. Et al. *Caracterización de contextos de vulnerabilidad para la adquisición de ITS/VIH/SIDA en cuatro poblaciones en el centro de la ciudad de Guatemala*. 2000. Guatemala: Oasis.
Timberlake S. *Men Having Sex with Men and Human Rights*, The UNAIDS Perspective. 2006. ILGA World Conference, Geneva.

Glosario

Nota: estas definiciones son sólo a título orientativo y muchas veces dejan de lado discusiones políticas que los movimientos sociales están planteando en la agenda y que no están resueltas.

Bisexual: persona que tiene deseos y/o prácticas sexuales y relaciones afectivas con personas del sexo opuesto y de su mismo sexo.

Epidemia concentrada: cuando hay prevalencias menores al 1% en embarazadas (que se usa como proxy de la población general) y prevalencia mayor al 5% en al menos una sub-población, como GBT/HSH, usuarios de drogas inyectables u otros.

Gay: persona que tiene deseos y/o prácticas sexuales y relaciones afectivas mayoritaria o exclusivamente con personas de su mismo sexo; en general se refiere a hombres, pero también se usa para referirse a mujeres o como genérico.

GLTTTBI: sigla que da cuenta de gays, lesbianas, travestis, transexuales, transgénero, bisexuales e intersexuales.

Heterosexual: persona que tiene deseos y/o prácticas sexuales y relaciones afectivas mayoritaria o exclusivamente con personas del sexo opuesto.

Homosexual: persona que tiene deseos y/o prácticas sexuales y relaciones afectivas mayoritaria o exclusivamente con personas de su mismo sexo.

HSH: hombres que tienen sexo con hombres, y que no necesariamente se identifican como gays o con alguna otra identidad ligada a la sexualidad.

Incidencia: número o proporción de nuevos casos de VIH o de infecciones que se producen en un determinado periodo, normalmente un año.

Intersexual: el término intersexualidad incluye a un conjunto diverso de situaciones en que la morfología de una persona (en particular la genital) varía respecto del estándar cultural de corporalidad masculina o femenina

ITS: infecciones de transmisión sexual.

Lesbiana: mujer que tiene deseos y/o prácticas sexuales y relaciones afectivas mayoritaria o exclusivamente con otras mujeres.

Prevalencia: proporción o porcentaje de miembros de una población de referencia que presenta determinada característica

(por ejemplo, la prevalencia de infección por VIH en una población se refiere a la proporción de personas de dicha población que son seropositivas al VIH en un determinado momento).

Prevención primaria, secundaria, terciaria: prevención primaria se refiere, en el caso del VIH, a evitar la infección; prevención secundaria se refiere a evitar el desarrollo de enfermedad (y también a evitar la reinfección) en personas seropositivas; y prevención terciaria se refiere a la recuperación de la calidad de vida en personas que desarrollaron SIDA.

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, por la infección del VIH.

Transexual: persona que adopta una

apariciencia y una identidad de género que no se corresponde con la asignada al nacer según el sexo biológico, y que puede o no adecuar quirúrgicamente sus genitales a tal identidad de género.

Transgénero o Trans: personas cuya identidad de género implica un cuestionamiento del esquema binario varón-mujer, e incluye diversas identidades como travesti, transexual o trans a secas. Puede hablarse de mujeres trans y de varones trans.

Travesti: persona que adopta una apariciencia y una identidad de género que no se corresponde con la identidad biológica asignada al nacer.

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Participantes de la reunión de Río de Janeiro (Julio de 2006)

Arturo Díaz *Letra S, ASICAL, México*
Beto de Jesus *ABGLT, Brasil*
Carlos Cáceres *UPCH, Perú*
Carlos Passarelli *CICT, Brasil*
Claudio Nascimento *ABGLT, Brasil*
Dolores Fenoy *PNS, Argentina*
Fernando Olivos *UPCH, Perú*
Jacqueline Rocha *GCTH, Brasil*
Jayne Adams *WFP*
Josué Nunes *CICT, Brasil*
Karen Bruck *PNS, Brasil*

Keila Simpson *ATRASBA, Brasil*
Libsen Rodriguez *ONUSIDA*
Luis Carlos Sanjour *ONUSIDA*
Marcela Romero *Red LAC Trans, Argentina*
Marcos Benedetti *PNS, Brasil*
Mario Pecheny *UBA-CONICET, Argentina*
Naiara Costa *ONUSIDA*
Paulo Lyra *OPS*
Pedro Chequer *ONUSIDA*
Rosángela de Castro *Brasil*
Rubén Mayorga *ONUSIDA*

Este documento es producto de una construcción colectiva que contó con la participación y contribuciones de las personas anteriormente nombradas.

Revisión y compilación del texto final: Mario Pecheny y Daniel Jones sobre la base de la discusión sostenida en Río de Janeiro en julio de 2006

Diabetes

La diabetes mellitus es sin duda uno de los problemas de salud de mayor importancia en el mundo, con cerca de 30 millones de diabéticos en el planeta. Muchos de los afectados desconocen su situación por padecerla en grado leve y que cerca del 40 % de las personas obesas sufre diabetes, sin saberlo. Las cifras hablan por sí mismas: la diabetes es el problema endocrino más grave del siglo XX. Una enfermedad en la que el control de la dieta es la piedra angular de los tratamientos y en la que la alimentación está directamente implicada. Ejemplo, la diabetes del tipo II (diabetes del adulto), aparte de existir una cierta predisposición genética, se debe fundamentalmente a factores alimentarios (obesidad y alimentación industrializada) y a un excesivo sedentarismo.

La diabetes mellitus es una enfermedad que incapacita al cuerpo para metabolizar o usar eficazmente los carbohidratos, las proteínas y las grasas. Cuando comemos, los alimentos (especialmente carbohidratos y frutas) se convierten en glucosa. Todas las células del cuerpo necesitan glucosa para vivir, pero la glucosa no puede penetrar en las células sin la intervención de la insulina. La insulina se produce en las células Beta, que están ubicadas en el extremo del páncreas. Por ejemplo, cuando comemos un pedazo de pan, una vez digerido se convierte en glucosa. La glucosa circula a través de la corriente sanguínea para alimentar a cada célula del cuerpo. La presencia de glucosa estimula las células Beta del páncreas para liberar insulina. La insulina llega hasta cada célula y actúa como una llave en sus receptores, con el fin de abrir sus puertas y dejar a la glucosa entrar. Si no hay insulina o los receptores de las células no funcionan, la glucosa no puede penetrar en las células, y la persona afectada sufrirá de carencias de nutrientes.

Alteraciones provocadas por la falta de insulina

La diabetes mellitus es la carencia absoluta o relativa de insulina que da como resultado acumulaciones anormales de grasa, y deficiencias en el metabolismo de las proteínas y los carbohidratos. Inicialmente, la ausencia en la producción de insulina afecta a la captación y entrada de glucosa en el músculo y células grasas. Cuando la ingesta de glucosa disminuye, el cuerpo demanda combustible, y el glucógeno se libera desde el hígado. El nivel de glucosa en sangre se eleva aún más. Cuando los niveles de glucosa en sangre se acercan a los 180 mg/dl, la capacidad de los conductos renales para reabsorber la glucosa (el umbral renal) se excede, y la glucosa es excretada por la orina (glucosuria). Puesto que la glucosa es un diurético osmótico, se excreta agua y sales en grandes cantidades y se produce la deshidratación celular. Cuando la situación se prolonga, la excesiva diuresis (poliuria) combinada con la pérdida de calorías ocasiona polidipsia (sed aumentada), polifagia (hambre aumentada) y fatiga: los síntomas clásicos de la diabetes mellitus.

El primer intento de las células del cuerpo de contrarrestar la falta de glucosa es metabolizar proteínas, cuyo resultado es la liberación de grandes cantidades de aminoácidos. Algunos de los aminoácidos se convierten en urea en el hígado y se excretan, dando como resultado un balance negativo de nitrógeno. En ausencia de insulina, las células del tejido adiposo intentan proveer combustible movilizándolo de las reservas grasas. Los ácidos grasos libres se utilizan inicialmente para la producción de energía, pero la mayoría alcanzan el hígado donde se forman tres fuertes ácidos: ácido acetoacético, ácido betahidroxibutírico y acetona. Estos cetoácidos (o cuerpos cetónicos) son excretados finalmente por el riñón junto con bicarbonato de sodio. La combinación de la acumulación de cetoácidos y la excreción de bicarbonato ocasiona una caída en el PH del plasma, cuyo resultado es una acidosis. El cuerpo intenta corregir la acidosis mediante la llamada respiración Kussmaul's, que es una respiración trabajosa y profunda provocada por el esfuerzo del cuerpo para convertir el ácido carbónico en dióxido de carbono. Si no se diagnostica la acidosis, la deshidratación y el desequilibrio de electrolitos afectará al cerebro y, finalmente, causará coma. Si no se trata la deficiencia de insulina se puede llegar a la muerte.

El tratamiento con insulina pretende revertir el estado catabólico creado por la deficiencia de insulina. Cuando el cuerpo recibe insulina, los niveles de glucosa en sangre comienzan a caer, de forma que las grasas dejan de proveer combustible, con lo que cesa la producción de cuerpos cetónicos, los niveles de bicarbonato sódico en sangre y el PH suben, y el potasio se desplaza intracelularmente a medida que el anabolismo (reconstrucción de tejidos) comienza.

La insulina pancreática se segrega directamente en la circulación portal y es transportada al hígado, que es el órgano central de homeostasis de la glucosa, donde se degrada el 50% de la insulina. La circulación periférica transporta entonces la insulina hasta las células del cuerpo y finalmente al riñón, donde se degrada otro 25% y se produce la excreción.

¿Qué es el índice glucémico?

Quando tomamos cualquier alimento rico en glúcidos, los niveles de glucosa en sangre se incrementan progresivamente según se digieren y asimilan los almidones y azúcares que contienen. La velocidad a la que se digieren y asimilan los diferentes alimentos depende del tipo de nutrientes que los componen, de la cantidad de fibra presente y de la composición del resto de alimentos presentes en el estómago e intestino durante la digestión. Estos aspectos se valoran a través del índice glucémico de un alimento. Dicho índice es la relación entre el área de la curva de la absorción de la ingesta de 50 gr. de glucosa pura a lo largo del tiempo, con la obtenida al ingerir la misma cantidad de ese alimento. El índice glucémico se determina en laboratorios bajo condiciones controladas.

El proceso consiste en tomar cada poco tiempo muestras de sangre a una persona a la que se le ha hecho consumir soluciones de glucosa pura unas veces y el alimento en cuestión otras. A pesar de ser bastante complicado de determinar, su interpretación es muy sencilla: los índices elevados implican una rápida absorción, mientras que los índices bajos indican una absorción pausada. Este índice es de gran importancia para los diabéticos, ya que deben evitar las subidas rápidas de glucosa en sangre.

PROYECTO: SOS - DERECHOS HUMANOS Y SALUD



Integrante del OBSERVATORIO ARGENTINO DE PRISIONES
OBSERVATORIO LATINOAMERICANO DE PRISIONES
OBSERVATORIO LATINOAMERICANO AIDS AND AID - PF ARG
WEB: www.grupodemujeres.org.ar / www.proyintrapostmuros.com.ar
TEL: 54-11-4362-6881
E-mail: grupomujeresdelargentina@yahoo.com.ar
salsavidaysalud@yahoo.com.ar / denunciasddhh@gmail.com

APOYO

Dirección General
de Promoción
del Voluntariado
y la Sociedad Civil

MINISTERIO DE DERECHOS
HUMANOS Y SOCIALES

gobBsAs