

Principios rectores

2.1 Introducción

En este capítulo se exponen los principios rectores —relativos a los derechos humanos, a la salud pública y al desarrollo— que conforman el marco general de este Código. Estos principios se aplicarán luego concretamente, tanto a la forma en que trabajamos (capítulo 3, Principios organizativos) como a lo que hacemos (capítulo 4, Principios programáticos). Los principios rectores y organizativos son válidos para todas las ONG signatarias del Código. Los principios programáticos son más específicos y pueden aplicarse a las ONG, en función de la índole de sus actividades.

2.2 Valores fundamentales

La motivación y el compromiso que sustentan la respuesta al VIH se fundan en los valores fundamentales que guían, a la vez, nuestra labor y los medios que empleamos.

La esencia de nuestra acción es nuestro compromiso con los principios siguientes:

- valorar la vida humana;
- respetar la dignidad de todas las personas;
- respetar la diversidad y promover la igualdad de todos sin distinción alguna por motivos de sexo, raza, color, edad, idioma, religión, ideología política u otro tipo de opinión, origen nacional o social, nivel económico, nacimiento, discapacidad física o mental, estado de salud (incluido el VIH y SIDA), orientación sexual, estado civil o estatuto político, social o de otra índole;
- prevenir y eliminar el sufrimiento humano;
- sustentar los valores de la comunidad que fomentan el respeto por los demás y la voluntad de trabajar juntos para encontrar soluciones, con espíritu de compasión y de apoyo mutuo y
- combatir las desigualdades sociales y económicas y fomentar la justicia social.

Estos valores son comunes a nuestra labor como ONG que intervienen en la respuesta al VIH, ya sea que actuemos en el ámbito específico del VIH y SIDA, la salud de manera más general, el desarrollo, los derechos humanos o la asistencia humanitaria.¹⁴ Muchos de estos valores se expresan igualmente en la Declaración Universal de Derechos Humanos.¹⁵

2.3 Participación de las personas que viven con el VIH y de las comunidades afectadas



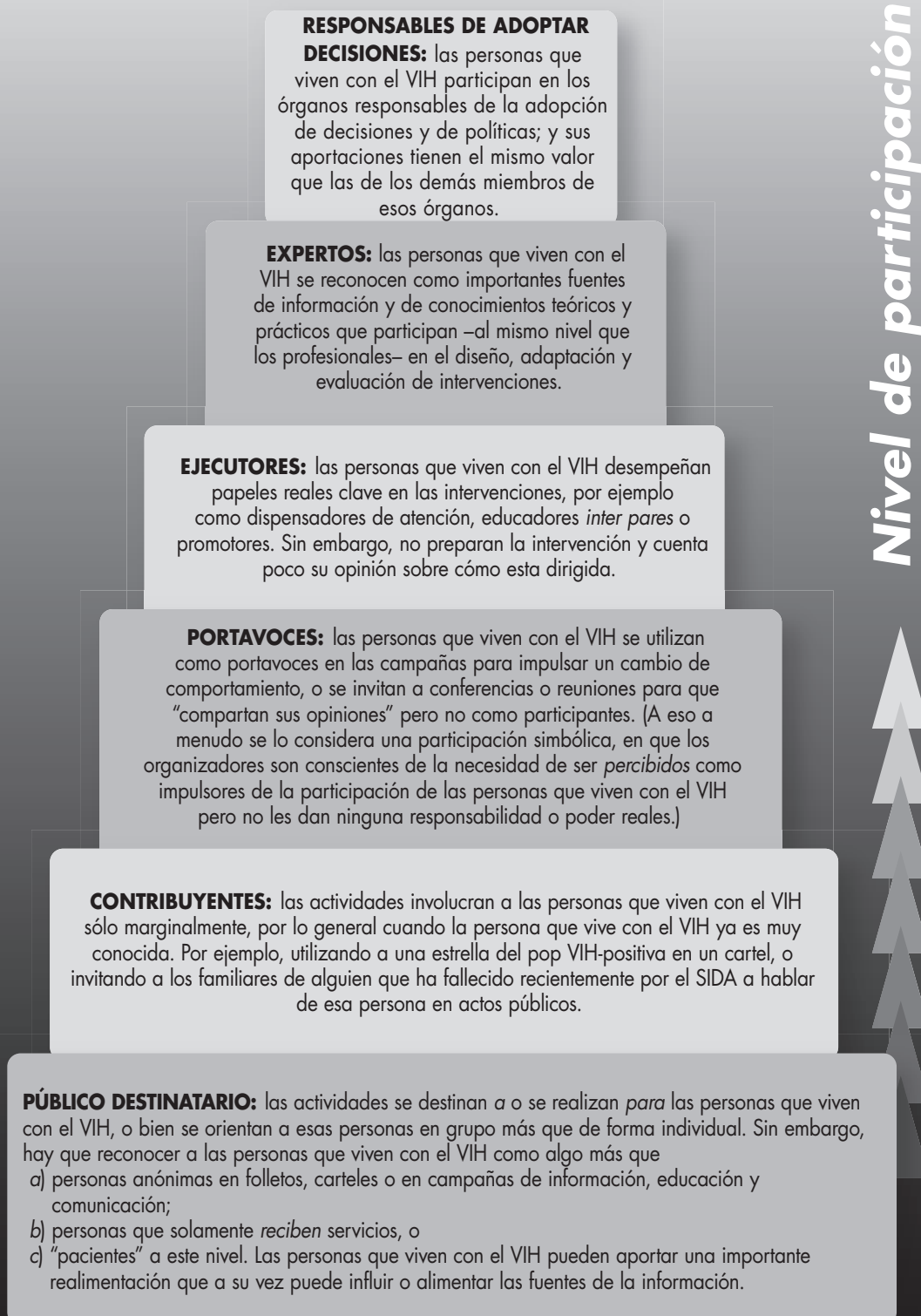
Fomentamos una participación significativa de las personas que viven con el VIH y de las comunidades afectadas en todos los aspectos de la respuesta al VIH.

El principio de la mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH (MPPS) fue la piedra angular de la Declaración de la Cumbre de París de 1994.¹⁶ El concepto “MPPS” expresa precisamente el derecho a la participación activa, voluntaria y significativa.¹⁷ Al hacer hincapié en este concepto y en el derecho a la participación, reconocemos que la participación significativa de las personas que viven con el VIH y de las comunidades afectadas constituye una contribución importante porque permite que los individuos y las comunidades se inspiren en las experiencias vividas para responder al VIH. A su vez, esto contribuye a reducir el estigma y la discriminación y a mejorar la eficacia y pertinencia de la respuesta al VIH y de nuestros propios programas¹⁸ (véase sección 3.2 Participación de las personas que viven con el VIH y de las comunidades afectadas).

Es importante reconocer que muchas personas que viven con el VIH y están afectadas por el virus participan activamente en la lucha contra la pandemia, no solamente dentro de las ONG, sino también como encargados de formular políticas, activistas, personal de salud, educadores, científicos, dirigentes comunitarios y funcionarios, por mencionar sólo algunos. Sin embargo, aún queda mucho camino por recorrer para que el concepto MPPS se logre verdaderamente a nivel mundial. Tenemos un papel importante que desempeñar ante gobiernos, donantes y entidades de los sectores público y privado para abogar en favor de una participación significativa de las personas que viven con el VIH y de las comunidades afectadas, al mismo tiempo que ponemos en práctica el concepto en nuestras propias organizaciones.

Pirámide de la participación de las personas que viven con el VIH

Esta pirámide presenta un modelo de los crecientes grados de participación propugnados por la MPPS, en que los mayores grados corresponden a la aplicación íntegra del principio de la MPPS. De forma ideal, la MPPS se aplica a todos los niveles de organización.



2.4 Respuesta al VIH: un enfoque centrado en los derechos humanos

La pandemia de SIDA está destruyendo la vida y los medios de subsistencia de millones de personas en el mundo. La situación es particularmente catastrófica en regiones y países donde la pobreza es de gran magnitud, la desigualdad por cuestiones de género es omnipresente y los servicios públicos son precarios.¹⁹

En los últimos años, la devastación causada por el VIH en muchos países en desarrollo ha puesto de relieve la necesidad de fortalecer el vínculo entre la consecución de los objetivos de desarrollo y la lucha contra la vulnerabilidad al VIH y sus repercusiones. Los enfoques centrados exclusivamente en el VIH, como los programas destinados a la prevención del VIH, no son una forma de abordar las causas subyacentes de la vulnerabilidad. Combatir las injusticias que tienen un rol preponderante en la propagación de la epidemia debe formar parte integrante de toda respuesta eficaz.

La pobreza no sólo entraña una vulnerabilidad a la infección por el VIH, sino también agrava las consecuencias de la infección para las personas, los hogares y las comunidades.²⁰ Con frecuencia las desigualdades por motivos de género afectan a la capacidad de las mujeres y las niñas para negociar relaciones sexuales protegidas y las expone a un mayor impacto de la epidemia. Muchos de los factores que impiden una respuesta eficaz al VIH están vinculados con la inobservancia de los derechos humanos: el derecho a la igualdad, a la información, a la vida privada, a la salud, a la educación y a un nivel de vida adecuado. La falta de protección de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH y de las comunidades afectadas tiene efectos devastadores y socava los esfuerzos de prevención y el acceso al tratamiento, atención y apoyo. La discriminación de las personas que viven con el VIH y de las comunidades afectadas a menudo perjudica el acceso al empleo, a la vivienda, a la salud y a otros servicios, lo que, a su vez, agrava las repercusiones de la epidemia para la persona y la sociedad.

En la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH y SIDA se reconoce que el cumplimiento de los derechos humanos es esencial para reducir la vulnerabilidad al VIH y se establecen objetivos con plazos para la plena realización de dichos derechos.²¹ La experiencia ha demostrado que las estrategias de salud pública y la protección de los derechos humanos se refuerzan mutuamente.²² Un enfoque centrado en los derechos humanos proporciona un marco común, en el cual las obligaciones inherentes a esos derechos pueden concretarse en programas, a nivel internacional y nacional, fortaleciendo así tanto los programas específicos de respuesta al VIH como las acciones más generales en el ámbito de la salud, el desarrollo y la respuesta humanitaria.²³

Las leyes de derechos humanos protegen a las personas y los grupos de personas de los actos que atentan contra las libertades fundamentales y la dignidad humana.²⁴ La protección y promoción

de los derechos humanos tienen un mérito intrínseco evidente; sin embargo, también se reconoce cada vez más que la salvaguardia de los derechos humanos se justifica imperativamente también por razones de salud pública.²⁵

Los derechos humanos engloban los derechos civiles, políticos, culturales, económicos y sociales. Desde luego, estos derechos son interrelacionados e interdependientes. El derecho a la salud, por ejemplo, no puede verse de forma aislada a los derechos a la educación, a la vivienda y al empleo.

En la actualidad todos los países del mundo son signatarios de por lo menos un tratado de derechos humanos que hace mención de los derechos vinculados con la salud, incluido el propio derecho a la salud y diversos derechos relacionados con las condiciones necesarias para el disfrute de una buena salud.²⁶ Los instrumentos internacionales de derechos humanos imponen a los gobiernos que los ratifican la obligación de respetar, proteger y cumplir los derechos mencionados. Aunque el principio de la realización progresiva de los derechos humanos reconoce que la capacidad de los países en desarrollo para lograr la plena efectividad de dichos derechos, a menudo se ve restringida por la limitación de recursos, también exige que los gobiernos tomen medidas intencionadas, concretas y específicas para alcanzar dicho objetivo.²⁷

Las ONG pueden sacar provecho de las obligaciones en materia de derechos humanos con el fin de abogar por que los gobiernos tomen medidas concretas. Las *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*²⁸ ofrecen una orientación precisa y pormenorizada sobre la forma en que deben promoverse y protegerse los derechos humanos en el contexto de los desafíos concretos que plantean el VIH y el SIDA.

Debemos aplicar un enfoque centrado en los derechos humanos en:

- la forma en que trabajamos;
- la concepción, elaboración y ejecución de los programas de respuesta al VIH, y
- la promoción en favor de un entorno, incluyendo la reforma de leyes y políticas públicas, que proteja y promueva los derechos de las personas que viven con el VIH y de las comunidades afectadas y apoye programas eficaces (un “entorno propicio”; véase sección 3.8 Abogacía).

Los principios relativos a los derechos humanos y a la salud pública esbozados a continuación forman parte integrante de los principios de buenas prácticas expuestos en los capítulos 3 y 4. Se citan sólo los principios relativos a los derechos humanos particularmente pertinentes en la respuesta al VIH.

Derechos humanos



Protegemos y promovemos los derechos humanos en nuestra labor.

El derecho a la salud

Todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física y mental. El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1966 establece que los Estados

Partes deben tomar medidas para asegurar la plena efectividad de este derecho, incluidas la prevención, tratamiento y control de epidemias, endemias, enfermedades profesionales y otras enfermedades.²⁹

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, encargado de supervisar la implementación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, interpreta que el “derecho a la salud” no sólo abarca el acceso oportuno y apropiado a la atención médica, sino también los factores subyacentes que determinan la salud, tales como el acceso al agua segura, alimentación, nutrición, vivienda, educación e información relacionadas con la salud, con inclusión de la salud sexual y reproductiva.³⁰ En abril de 2003, la Comisión de Derechos Humanos aprobó una resolución, reconoció que el acceso al tratamiento del VIH es fundamental para alcanzar progresivamente la plena realización del derecho a la salud e instó a los gobiernos y organismos internacionales a que adoptaran medidas concretas a fin de posibilitar dicho acceso.³¹

El derecho a la igualdad y a la no discriminación

La piedra angular de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948 es que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”. Esta declaración de igualdad de todos los seres humanos está estrechamente ligada al derecho de todas las personas a igual protección de la ley y a igual protección contra toda discriminación.³² Por ejemplo, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales prohíbe la discriminación en el acceso a la atención médica y otros factores que determinan la salud, además del acceso a los medios y el derecho a adquirirlos por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluido el VIH y SIDA), orientación sexual y estado civil, político, social o de otra índole, que tiene por objeto o por resultado la invalidación o el menoscabo de la igualdad de goce o el ejercicio del derecho a la salud.³³

Además de los ya mencionados, hay una serie de principios relativos a los derechos humanos aplicables a la respuesta al VIH.

El derecho a la vida privada

Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada.³⁴

El derecho a la información

Toda persona tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de buscar, recibir y difundir informaciones e ideas de toda índole.³⁵

El derecho a la participación

Toda persona tiene derecho a la participación activa, libre y significativa.³⁶

El derecho a gozar de los beneficios del progreso científico

Toda persona tiene derecho a disfrutar de los adelantos científicos y de sus aplicaciones.³⁷

El derecho a no padecer torturas

Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.³⁸

Libertad de asociación

Toda persona tiene derecho a asociarse libremente con otras, incluso el derecho a fundar sindicatos y afiliarse a ellos.³⁹

El derecho al trabajo

Toda persona tiene derecho al trabajo, a la libre elección de su trabajo, a condiciones equitativas y satisfactorias de trabajo y a la protección contra el desempleo.⁴⁰

El derecho a la educación

Toda persona tiene derecho a la educación que debe orientarse al pleno desarrollo de la personalidad humana y del sentido de su dignidad; capacitar a todas las personas para participar efectivamente en una sociedad libre y favorecer la comprensión, la tolerancia y la amistad entre todas las naciones y entre todos los grupos raciales, étnicos o religiosos.⁴¹

El derecho a un nivel de vida adecuado

Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado, que le asegure en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios.⁴²

El derecho al desarrollo

Toda persona está facultada para participar en un desarrollo económico, social, cultural y político en el que puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, a contribuir a ese desarrollo y a disfrutar de él.⁴³

Salud pública



Aplicamos los principios de salud pública en nuestra labor.

Definición amplia de salud

El objetivo de la salud pública es promover la salud de las comunidades. Hace falta una definición amplia del término “salud” para tomar en cuenta los factores sociales determinantes de salud, que afectan de manera tan significativa a la consecución de este objetivo. La OMS define la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente como la ausencia de afecciones o enfermedades.⁴⁴

Combatir la vulnerabilidad de la población

Para promover la salud de las comunidades a nivel de la población, es fundamental comprender los muy diversos factores que exponen a grupos particulares al riesgo de transmisión del VIH, o agravan el impacto del VIH y el SIDA sobre esos grupos, incluidos los factores sociales que acrecientan dicha vulnerabilidad. Para brindar una respuesta eficaz al VIH es fundamental comprender las causas de la vulnerabilidad y concebir servicios y programas que satisfagan a las necesidades de las diversas comunidades.

Enfoques basados en evidencias

Una evaluación completa y participativa de las necesidades de las poblaciones, para determinar, comprender y abordar la vulnerabilidad de las mismas, exige un enfoque basado en evidencias. La vigilancia, el monitoreo y la evaluación del riesgo, incluidos la recopilación de datos sobre el estado de salud, el análisis epidemiológico y la investigación sobre la salud de la población, proporcionan una base fáctica esencial para la elaboración y ejecución de programas (véanse también secciones 2.5 Cuestiones transversales: combatir la vulnerabilidad de la población; 3.6 Planificación, monitoreo y evaluación de programas; 3.9 Investigación).

Prevención

La respuesta de salud pública al VIH abarca tres niveles de actividades de prevención:

- medidas de prevención primaria para impedir la transmisión del VIH;
- medidas de prevención secundaria para asegurar la detección precoz, así como la gestión y el tratamiento exitosos de las personas que viven con el VIH.
- medidas de prevención terciaria para limitar nuevos efectos negativos del VIH y mejorar la calidad de vida de las personas que viven con el VIH.

Este modelo de salud pública de prevención primaria, secundaria y terciaria puede que no corresponda al lenguaje de todas las ONG. Sin embargo, este enfoque refleja lo que hacemos. Trabajamos para impedir la transmisión del VIH, ofrecer tratamiento, atención y apoyo, y combatir las causas subyacentes del VIH y el SIDA y sus repercusiones.

Organización comunitaria

Las comunidades son una pieza clave de la respuesta al VIH. Es preciso movilizar a las comunidades, informarlas y desarrollar su autonomía para que puedan controlar en mayor medida y mejorar su propia salud. Esto significa que las comunidades deberán involucrarse en definir sus prioridades, tomar decisiones, planificar e implementar estrategias para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso es el empoderamiento de las comunidades, del sentido de identificación y del control que tengan sobre sus propios esfuerzos.⁴⁵

Política pública

La política de salud pública pretende influir en las condiciones sociales que afectan a la salud promoviendo el uso de una base de conocimientos científicos y la comprensión de los factores determinantes de la salud en la formulación de políticas públicas, leyes y sistemas de salud con el fin de propiciar un entorno a las respuestas eficaces al VIH.

Desarrollo

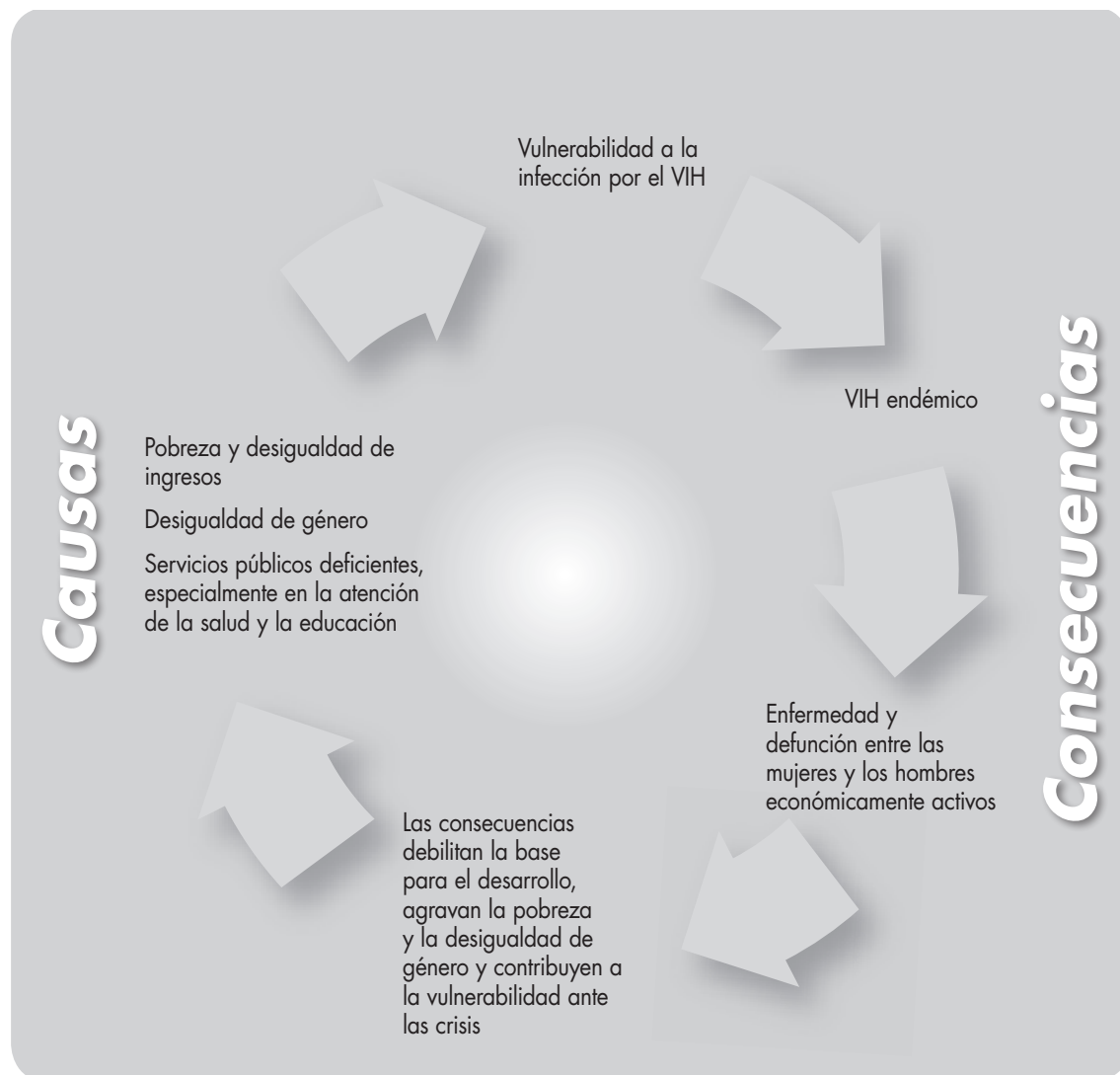


Combatimos las causas de la vulnerabilidad a la infección por el VIH y las consecuencias del VIH y el SIDA.

El VIH y el SIDA tienen consecuencias devastadoras y de gran alcance para las personas, familias, comunidades y sociedades. Las enfermedades epidémicas no son un fenómeno nuevo, pero lo que diferencia al VIH son sus efectos sin precedentes en el desarrollo económico y social de las naciones más afectadas. En los países de alta prevalencia, el personal capacitado de los servicios públicos, sociales, educacionales y de atención sanitaria se está enfermando y muriendo, lo cual menoscaba la capacidad de los servicios para satisfacer las demandas que continúan aumentando como consecuencia del VIH. La pandemia reduce la fuerza laboral y la productividad agrícola, exacerbando así la pobreza mundial y la vulnerabilidad a la infección por el VIH. Millones de niños de los países en desarrollo carecen de la atención y el apoyo adecuados, lo que implica una presión adicional para las familias y comunidades que deben atender a huérfanos y otros niños vulnerables a causa del VIH y el SIDA. A medida que los padres y los dispensadores de atención enferman o fallecen, cada vez es mayor el número de niños que asumen la responsabilidad de generar ingresos, producir alimentos y cuidar de los familiares enfermos.⁴⁶ Las mujeres y las niñas soportan gran parte de la carga de la atención a los enfermos de SIDA, tanto en el sector de la atención formal, como de manera informal en las comunidades. Esto a menudo lleva a las niñas a abandonar la escuela, reduce las oportunidades de independencia económica de las mujeres y obliga a aquellas que viven con el VIH a luchar para satisfacer no sólo sus propias necesidades de atención, sino también las de su familia, lo cual contribuye a potenciar las desigualdades por motivos de género.⁴⁷

Un enfoque de la respuesta al VIH basado en los derechos humanos engloba el derecho al desarrollo, según el cual todas las personas tienen derecho a participar en el desarrollo económico, social, cultural y político, contribuir a él y disfrutar de él. Este enfoque también apoya iniciativas encaminadas a abordar las causas subyacentes de la vulnerabilidad al VIH y sus repercusiones. La Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA contiene compromisos explícitos de inversión en el desarrollo sostenible a fin de poder mitigar los efectos sociales y económicos del VIH, e insta a elaborar estrategias multisectoriales para:

- elaborar pautas nacionales de erradicación de la pobreza, y acelerar su puesta en práctica, con objeto de reducir los efectos del VIH sobre los ingresos de los hogares, los medios de subsistencia y el acceso a los servicios sociales básicos, prestando especial atención a las personas, las familias y las comunidades más gravemente afectadas por la epidemia;
- examinar las consecuencias sociales y económicas del VIH en todos los planos de la sociedad, sobre todo para las mujeres y las personas de edad, particularmente en relación con su papel como dispensadores de atención en las familias afectadas por el VIH y el SIDA, y atender a sus necesidades especiales;
- ajustar y adaptar las políticas de desarrollo económico y social, incluida la política de protección social, para hacer frente a los efectos de la epidemia en el crecimiento económico, la prestación de servicios económicos esenciales, la productividad laboral, los ingresos fiscales y las presiones que producen un déficit en los recursos públicos⁴⁸ (véase también sección 4.3 Integración del VIH y el SIDA).



Extracto de *Mainstreaming HIV/AIDS in Development and Humanitarian Programmes*, Sue Holden, Publicaciones Oxfam, 2004.

2.5 Cuestiones transversales: combatir la vulnerabilidad de la población



Nuestros programas se basan en datos demostrados para responder a las necesidades de las personas más vulnerables al VIH y a sus consecuencias.

Teniendo en cuenta las importantes diferencias entre las epidemias de VIH en el mundo, las prioridades de la población variarán según la índole de la epidemia, ya sea que haya una prevalencia elevada, mediana o baja, y que la epidemia esté extendida o concentrada en sectores específicos de la población, como los consumidores de drogas por vía intravenosa o los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Uno de los objetivos esenciales de este Código es definir los principios, las prácticas y el conjunto de pruebas concluyentes que ponen de relieve el éxito de las actividades de las ONG en la respuesta al VIH, y que al mismo tiempo tienen una aplicación mundial. El Código no pretende ofrecer programas detallados correspondientes a las muy diversas epidemias en el mundo. No obstante, lo que esta sección se propone es realzar algunos de los principales grupos de la población que debemos considerar en nuestra labor, según el contexto.

Es indispensable dar prioridad y destinar recursos a los efectos de satisfacer las necesidades de las personas más vulnerables al VIH y sus efectos. Si bien las personas que viven con el VIH, sus familias y los que les dispensan atención son lógicamente una prioridad, los grupos especialmente vulnerables al VIH y sus consecuencias variarán de un país a otro, según la índole de la epidemia. Así pues, nuestras respuestas al VIH deben fundamentarse en las particularidades de cada contexto. Debemos entender la epidemiología, los esquemas sociales de la actividad sexual y las prácticas del consumo de drogas inyectables, así como la índole de los efectos del VIH en un contexto determinado.

Se debe prestar atención a las perspectivas de género de la infección por el VIH. El VIH no sólo se ve impulsado por las desigualdades de género, sino que además las afianza.⁴⁹ Las mujeres y las niñas son cada vez más vulnerables a la infección por el VIH y en ellas recae la abrumadora carga del cuidado relacionado con el SIDA, tanto en sus familias y comunidades como en las estructuras de salud.⁵⁰ La “feminización” de la epidemia es exageradamente marcada en las regiones donde las relaciones heterosexuales son el modo de transmisión predominante. Esta feminización es también importante en muchos países donde las epidemias se concentran en grupos clave, como los consumidores de drogas intravenosas, las poblaciones móviles y los privados de libertad.⁵¹

Es evidente que los grupos de población estudiados en esta sección no se excluyen mutuamente. Por lo tanto, es necesario que comprendamos y tengamos en cuenta múltiples factores, como el sexo, la edad, la sexualidad, el origen étnico o la situación socioeconómica, que configuran la vida de las personas y que inciden en su vulnerabilidad al VIH. En la sección 5.3 (Bibliografía básica) se proponen herramientas que pueden servir para aplicar estos principios programáticos cuando se trabaje con poblaciones específicas.

Las personas que viven con el VIH

Las personas que viven con el VIH sienten con más fuerza y comprenden mejor sus efectos. Es sumamente importante que las personas que viven con el VIH y las comunidades afectadas tengan una participación significativa en la respuesta al VIH, ya que ello permite a estas personas aprovechar constructivamente sus propias experiencias. A su vez, esto contribuye a reducir el estigma y la discriminación, y aumenta la eficacia y la validez de los programas (véase sección 3.2).

Mujeres y niñas, hombres y niños

Los programas deben tener en cuenta, para responder a ello, las múltiples desigualdades por motivos de género que exponen a las mujeres y las niñas al riesgo de infección por el VIH, que les obstaculizan el acceso a la información, los servicios y los programas, y que consolidan la posición de subordinación de las mujeres. En muchas culturas, la desigualdad de poder en las relaciones sexuales socava la capacidad de las mujeres y las muchachas de llevar el control de sus propias opciones sexuales. Una de las manifestaciones más graves de esta desigualdad es la violencia de que son víctimas por ser mujeres, y que las expone a la infección por el VIH, y el miedo que produce puede impedirles protegerse contra la infección. La legislación suele restringir el derecho de propiedad y de sucesión de las mujeres, lo que acentúa su dependencia económica de los hombres y restringe su capacidad de negarse a tener relaciones sexuales o de negociar el uso del preservativo. Para responder al VIH mediante un enfoque basado en el género es necesario propugnar un entorno legislativo y político que promueva los derechos de las mujeres y las niñas a fin de transformar la dinámica que acentúa la posición de subordinación de las mujeres en la sociedad y en las relaciones sexuales (véanse principios de buenas prácticas en favor de un entorno propicio, en secciones 4.2 Programas de respuesta al VIH, página 62, y 4.3 Integración del VIH y SIDA, página 75).

Para reducir la propagación y atenuar los efectos del VIH, es preciso reducir las desigualdades entre hombres y mujeres. Para ello, es necesario forzosamente obtener la participación de hombres y niños, así como de mujeres y niñas. Habida cuenta del poder que suelen tener los hombres en la sociedad, las comunidades, las familias y las relaciones sexuales, se reconoce cada vez más la necesidad de concebir programas destinados especialmente a los hombres y los niños que pongan en tela de juicio los papeles y las normas atribuidos al sexo, permitiéndoles modificar las actitudes y los comportamientos que inciden en la vulnerabilidad de las mujeres y las niñas. También es necesario encarar de qué forma esos papeles y normas pueden restringir el acceso de los hombres a los programas de salud, incluidos los de salud sexual, prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH.⁵²

Niños y jóvenes

Las personas jóvenes siguen representando cada año un porcentaje considerable de las nuevas infecciones; el 38% de las personas que viven con el VIH en el mundo son menores de 25 años.⁵³

Es fundamental reconocer y atender a las necesidades de la creciente población de jóvenes que viven con el VIH. Algunos grupos de jóvenes son especialmente vulnerables a la infección, sobre todo las muchachas, los varones jóvenes que tienen relaciones sexuales con varones, los jóvenes que consumen drogas intravenosas y los niños explotados sexualmente.⁵⁴ Muchos jóvenes no saben cómo protegerse del VIH e importantes barreras sociales y culturales les impiden acceder a una educación apropiada sobre salud sexual y VIH.⁵⁵

Se observa, además, un ciclo evidente de vulnerabilidad en relación con los huérfanos y los niños afectados por el VIH y el SIDA. Se estima que 14 millones de niños en todo el mundo han perdido uno o ambos progenitores a causa del SIDA.⁵⁶ Es indispensable una respuesta integral, que incluya la asistencia en la comunidad, para atender a las necesidades de los niños, lo cual, a su vez, puede reducir su vulnerabilidad a la infección por el VIH.⁵⁷

Las personas mayores

El VIH infecta y afecta a las personas mayores, pero a menudo se soslayan sus necesidades. Se carece de datos precisos sobre las tasas de infección entre las personas de más de 50 años, pero los datos disponibles indican tasas de infección cada vez más altas en este grupo de población. Gracias a la creciente disponibilidad de medicamentos antirretrovíricos, cada vez habrá más personas que vivan con el VIH, y es muy probable que sus necesidades cambien a medida que vayan envejeciendo. Sobre todo en los países de alta prevalencia, las personas mayores son los principales dispensadores de cuidados de los hijos adultos que viven con el VIH y/o de los niños huérfanos o vulnerables debido a la enfermedad de los padres o su prematuro fallecimiento. La edad, el sexo y el estigma relacionado con el VIH son responsables de que se pase por alto a los hombres y mujeres de avanzada edad en la elaboración de programas.⁵⁸

Los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), incluidos los homosexuales

Las relaciones sexuales entre hombres han sido el modo de transmisión preponderante en algunos países. Sin embargo, también figuran entre las causas de todas las epidemias de VIH, aunque a menudo esto se oculta en las estadísticas y se niega oficialmente.⁵⁹ En las últimas décadas se han registrado avances significativos en la despenalización de las relaciones sexuales entre hombres en muchos países. Ahora bien, las leyes que penalizan, o estigmatizan o discriminan de otra forma a los HSH son contrarias al derecho de los derechos humanos y continúan fomentando la propagación del VIH, impidiendo a dichos hombres el acceso a los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo.⁶⁰ Los programas deben adaptarse a los HSH, y permitirles protegerse contra la infección por el VIH y encarar la discriminación. Las iniciativas de sensibilización deben orientarse a la reforma de leyes y la necesidad de combatir la estigmatización social que acentúa la vulnerabilidad de este grupo poblacional.

Por lo general, en el presente Código la expresión “hombres que tienen sexo con hombres (HSH)” incluye también a los homosexuales. No obstante, es importante señalar que las necesidades y experiencias de los homosexuales y de los hombres que tienen sexo con hombres pero que no se identifican con los homosexuales son diferentes y, por ende, exigen respuestas adecuadas a sus necesidades y vivencias.

Las trabajadoras del sexo y sus clientes

En muchos países del mundo, el estigma asociado al comercio del sexo pone trabas importantes a los esfuerzos de salud sexual y de prevención del VIH entre las trabajadoras del sexo y sus clientes. Aunque en algunos países el comercio del sexo se ha despenalizado, sigue siendo ilegal en muchos otros. Incluso si las trabajadoras del sexo conocen bien las prácticas sexuales seguras, les resulta difícil aplicarlas debido a la dinámica del poder imperante, afianzada por las desigualdades jurídicas, sociales y de género. Los programas, los servicios y los esfuerzos de abogacía deben tener en cuenta lo anterior y adaptarse a la realidad de las trabajadoras del sexo y sus clientes. Hacen falta estrategias encaminadas a propiciar un entorno que apoye el acceso al tratamiento del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS). El apoyo a las trabajadoras del sexo, especialmente a través de la acción colectiva, les permite negociar las transacciones y afrontar el contexto sanitario y social que aumenta su vulnerabilidad a la infección por el VIH.

Los usuarios de drogas intravenosas

La transmisión del VIH a través del consumo de drogas intravenosas representa aproximadamente el 10% de las infecciones por el VIH en el mundo y es un factor predominante del aumento de las tasas de infección de muchos países.⁶¹

El consumo de drogas intravenosas es uno de los principales factores en las epidemias de VIH en Asia, América del Norte, Europa occidental, algunas regiones de América Latina, Oriente Medio y África del Norte. En algunos países de Europa oriental, especialmente en los de la ex Unión Soviética, el consumo de drogas por vía intravenosa está desencadenando una epidemia entre los jóvenes.⁶²

La ilegalidad y el estigma asociados al consumo de drogas intravenosas llevan indefectiblemente a la discriminación de las personas que consumen esas drogas y crean barreras que les impiden acceder a los servicios.⁶³ Ante la falta de protección de sus derechos humanos, esas personas temen acudir a los servicios de salud y de apoyo conexos, lo que entraña consecuencias negativas para su salud y socava los esfuerzos de prevención.⁶⁴ Para responder eficazmente a los daños que ocasiona el consumo de drogas intravenosas, es necesario una gran variedad de servicios y programas, incluidos los programas educativos que reducen el riesgo de infección por el VIH entre las personas que se inyectan drogas (así como los que disuaden a las personas del consumo de drogas), el acceso a agujas y jeringas estériles, los programas de tratamiento de la drogadicción y los servicios de atención de salud adecuados. Es imprescindible hacer esfuerzos concertados para garantizar el apoyo al conjunto de servicios y programas complementarios que beneficien e involucren a los usuarios de drogas intravenosas, así como el establecimiento de dichos servicios y programas.

Las personas transexuales

Las personas transexuales enfrentan el estigma y la discriminación, lo que agudiza su riesgo de infección por el VIH. Hay pocos programas que se ocupen de la transexualidad y el VIH. La marginación social hace que se les niegue la atención de salud, la educación y posibilidades de empleo y de vivienda. El acceso al tratamiento, a la atención y al apoyo es a menudo limitado por temor a que se revele su condición de transexuales, a la falta de conocimientos sobre las necesidades de atención de salud de los transexuales y a la discriminación.⁶⁵

Las personas privadas de libertad (PPL)

Los centros penitenciarios, como las cárceles para adultos o los centros de detención para menores, suelen caracterizarse por poblaciones concentradas de personas que viven con el VIH, donde es habitual el consumo de drogas intravenosas, los tatuajes y las relaciones sexuales voluntarias o forzadas, en un entorno donde está limitado, o con frecuencia es inexistente, el acceso a los servicios de prevención del VIH o a los programas de educación sobre prevención del VIH.⁶⁶ Esta situación tiene graves consecuencias no sólo para las PPL sino también para las familias y las comunidades a las que se reincorporan, a menudo tras breves períodos de reclusión. En muchas ocasiones, los intentos para reducir el consumo de drogas mediante pruebas de detección han resultado contraproducentes.⁶⁷ Los programas deben ocuparse de los riesgos específicos de infección por el VIH en las prisiones y satisfacer las complejas necesidades sanitarias de las PPL, incluidas las de aquellos que viven con el VIH.⁶⁸

Las poblaciones móviles: desplazados internos, refugiados, trabajadores migrantes y móviles

La propagación del VIH entre comunidades, en los países y continentes pone en evidencia los vínculos entre el movimiento de población y el aumento de la epidemia. Se reconoce cada vez más que la movilidad de las personas, ya sea desplazadas a raíz de conflictos o desastres naturales o para acceder al trabajo, puede crear formas especiales de vulnerabilidad al VIH y sus consecuencias.⁶⁹ Las personas se desplazan, voluntaria o involuntariamente, temporal, estacional o permanentemente.

La movilidad incrementa la vulnerabilidad al VIH, tanto para los que se mueven como para sus parejas cuando aquéllos regresan a su hogar. Los trabajadores migrantes y móviles⁷⁰ a menudo están más expuesto al riesgo de infección por el VIH debido al aislamiento resultante del estigma y la discriminación; a las diferencias de idioma y cultura; a la separación de sus parejas sexuales habituales; a la falta de apoyo y amistad, y a la falta de acceso a servicios de salud y sociales.⁷¹ Cuando esos factores se combinan con la ausencia de protección jurídica, la vulnerabilidad a la infección por el VIH se acrecienta aún más. Las respuestas eficaces a la vulnerabilidad de las poblaciones móviles deben incluir las respuestas de países fronterizos y regionales, que impliquen a las parejas en los países de origen, países de tránsito y destino; programas de divulgación cultural y lingüísticamente apropiados, e iniciativas de abogacía para proteger y promover los derechos humanos de los trabajadores migrantes y móviles y, cuando sea necesario, para mejorar su condición jurídica.⁷²

A finales de 2001, más de 70 países diferentes sufrían una situación de emergencia de algún tipo, y, como consecuencia, había más de 50 millones de personas afectadas en el mundo.⁷³ Las condiciones que surgen en emergencias tales como conflictos armados o desastres naturales —inestabilidad social, pobreza, desplazamiento de poblaciones, violencia por razón de género— son las mismas que favorecen la propagación de la infección por el VIH. Existe cada vez un mayor reconocimiento de que los programas humanitarios deben integrar tanto las respuestas específicas al VIH como la disponibilidad de preservativos y la adaptación de las intervenciones para abordar mejor las causas subyacentes de la vulnerabilidad al VIH y sus consecuencias en entornos de emergencia⁷⁴ (véase sección 3.4 Integración del VIH y SIDA).

Notas

14. Véase, por ejemplo, el esbozo de valores humanitarios de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja en www.ifrc.org.
15. Declaración Universal de Derechos Humanos (1948). www.unhchr.ch
16. La Declaración de la Cumbre de París sobre el SIDA (1994) figura en *De los principios a la práctica: Mayor participación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA (MPPS)*, Colección Prácticas Óptimas, ONUSIDA, septiembre de 1999. www.unaids.org, búsqueda por título.
17. Véase sección 2.4 en relación con el derecho a la participación.
18. Levene, J., *Community Mobilisation and Participatory Approaches: Reviewing Impact and Good Practice for HIV/AIDS Programming*, Alianza Internacional contra el VIH/SIDA, noviembre de 2004.
19. Collins, J. y Rau, B., *AIDS in the Context of Development*, Instituto de Investigaciones de las Naciones Unidas para el Desarrollo Social (UNRISD), Programa sobre Política Social y Desarrollo, Documento N° 4, Ginebra, UNRISD y ONUSIDA, 2000, p. 6. www.unrisd.org
20. Holden, S., *AIDS on the Agenda: Adapting Development and Humanitarian Programmes to Meet the Challenges of HIV/AIDS*, Ayuda en Acción, Oxfam Gran Bretaña y Save the Children Reino Unido, 2003. Para un análisis detallado del VIH/SIDA como cuestión de desarrollo, véanse pp. 9-38. www.oxfam.org.uk
21. *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*, adoptada en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS), 25-27 de junio de 2001.
22. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004*, Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), pp.123-127. www.unaids.org. Para ejemplos, véase en la sección 4.2 del Código: Asesoramiento y pruebas voluntarias y La lucha contra el estigma y la discriminación.
23. Patterson, D., *Programming HIV/AIDS: A Human Rights Approach. A Tool for International Development and Community Based Organizations Responding to HIV/AIDS*, Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/SIDA, 2004. www.aidslaw.ca
24. *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*, Organización Mundial de la Salud (OMS), Serie de publicaciones sobre salud y derechos humanos, N° 1, julio de 2002, p. 9. www.who.int
25. *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACDH) y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), 1998.
26. *Veinticinco preguntas y respuestas sobre salud y derechos humanos*, p.14.
27. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Artículo 2(1); Observación general 3 del Pacto sobre la índole de las obligaciones de los Estados Partes, Quinto período de sesiones, 1990 (E/1991/23).
28. *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*, OACDH y ONUSIDA, 1998.
29. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12. Hasta noviembre de 2003, 148 países habían ratificado este Pacto.
30. En mayo de 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales adoptó una observación general sobre el derecho a la salud. Las observaciones generales sirven para especificar la índole y el contenido de los derechos individuales y las obligaciones de los gobiernos. www.unhchr.ch
Véase también la resolución de la Comisión de Derechos Humanos relativa a la Protección de los derechos humanos en relación con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) 2003/47: www.unhchr.ch. Y los informes del Relator Especial de las Naciones Unidas sobre el Derecho a la Salud.
31. Acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, tuberculosis y paludismo, Comisión de Derechos Humanos, resolución 2003/29, abril de 2003. www.unhchr.ch
32. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículos 1 y 7; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos 1966, artículo 26; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 2.

- Los derechos a la igualdad y a la no discriminación también se reproducen en los convenios centrados en los derechos de las mujeres y los niños. Véanse Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, 1979, y la Convención sobre los Derechos del Niño, 1989, respectivamente.
33. Véase nota 17, Observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales sobre el derecho a la salud.
 34. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 17; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 16; Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 40.
 35. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 19; Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 19.2; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículos 10, 14 y 16; Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 13, 17 y 24.
 36. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 25; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 15; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículos 7, 8, 13 y 14; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, de 1963, artículo 5; Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 3, 9 y 12.
 37. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 15.
 38. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 7; Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 37.
 39. Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos, artículo 22; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 5; Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 15.
 40. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 23; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículos 6.2 y 7 a).
 41. Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 13; Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 19, 24, 28 y 33; Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 5; Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículos 10 y 16; Convención sobre los Derechos del Niño, artículos 19, 24, 28 y 33.
 42. Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25; Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 11.
 43. Declaración sobre el derecho al desarrollo (1986). www.unhchr.ch
 44. Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Internacional de Salud, Nueva York, 19-22 de julio de 1946.
 45. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud, 1986. www.who.dk
 46. *Niños al borde del abismo 2004: Un informe conjunto sobre nuevos cálculos en la cifra de huérfanos y un marco de acción*, ONUSIDA, UNICEF y USAID, julio de 2002, pp. 9-11. www.unicef.org
 47. Tallis, V., *Gender and HIV/AIDS: Overview Report*, Bridge Development and Gender, septiembre de 2002, p. 24.
 48. *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*, (UNGASS), 2001, párrafo 69. <http://www.un.org>
 49. *Gender and HIV/AIDS: Overview Report*, Bridge Development and Gender, septiembre de 2002, p.1. www.ids.ac.uk
 50. Las estadísticas del ONUSIDA indican que en 1997 el 41% de las personas que vivía con el VIH/SIDA eran mujeres, pero en 2001 la proporción había aumentado al 50%. *Gender and HIV/AIDS: Overview Report*, p. 12, p. 24.
 51. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2004*, ONUSIDA, p.22.
 52. *Working with Men, Responding to AIDS: Gender, Sexuality, and HIV – A Case Study Collection*, Alianza Internacional contra el SIDA, 2003. www.aidsalliance.org
 53. *The Tip of the Iceberg: The Global Impact of HIV/AIDS on Youth*, The Henry J Kaiser Foundation, julio de 2002. www.kff.org/hivaids
 54. Por ejemplo, las nuevas infecciones son hasta cinco o seis veces más elevadas entre las muchachas que entre los muchachos en algunos de los países más castigados. *The Tip of the Iceberg: The Global Impact of HIV/AIDS on Youth*, p.7.

55. Véase *El VIH/SIDA y los derechos del niño*, Observación general N° 3, Comité de los Derechos del Niño, marzo de 2003. www.unhchr.ch
56. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2002*, ONUSIDA, p. 135.
57. Véase sección 4.3 Integración del VIH y SIDA.
58. *HIV/AIDS and Aging: A Briefing Paper*, HelpAge International, mayo de 2003. www.helpage.org
59. Datos de países tan diversos como la India, México y Tailandia confirman que los varones que tienen relaciones sexuales sin protección con varones también las tienen con mujeres. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2002*, ONUSIDA, pp. 94-95.
60. *Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*, OACDH y ONUSIDA, 1998; y *VIH/SIDA y derechos humanos: Directrices internacionales – Sexta Directriz Revisada*, 2002. www.ohchr.org
61. *Drug use and HIV/AIDS*, ONUSIDA, junio de 2001.
62. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2002*, pp. 96-97.
63. *HIV and AIDS-Related Stigmatization, Discrimination and Denial: Forms, Contexts and Determinants*, ONUSIDA, junio de 2000. www.unaids.org
64. Véanse, por ejemplo, *Lessons Not Learnt: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*, www.hrw.org, y *Not Enough Graves: The War on Drugs, HIV/AIDS, and Violations of Human Rights*, www.hrw.org, Human Rights Watch, 2004.
65. *Transgender and HIV/AIDS*, www.surgeongeneral.gov; *National Indigenous Gay and Transgender Project – Consultation Report and Sexual Health Strategy*, Australian Federation of AIDS Organizations. www.afao.com.au
66. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2002*, pp. 99-100.
67. Una investigación sobre las pruebas de detección de drogas obligatoria en las cárceles del Reino Unido puso de manifiesto que los internos pasaban de fumar marihuana, detectable en la orina durante varias semanas, a inyectarse heroína que desaparece de la orina al cabo de uno o dos días. *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2002*, p. 100.
68. Davies, R., *Prison's Second Death Row*, *The Lancet*, vol. 364, julio de 2004, www.aidslaw.ca; y hojas informativas sobre el VIH/SIDA en las prisiones, Red Jurídica Canadiense sobre el VIH/SIDA, www.aidslaw.ca.
69. *Movilidad de la población y SIDA, Actualización técnica ONUSIDA*, ONUSIDA 2001. www.unaids.org
70. Entre los trabajadores móviles se incluyen los camioneros, los viajantes de comercio, el personal militar y la gente de mar.
71. *Population Mobility and HIV/AIDS*, Organización Internacional para las Migraciones, julio de 2004. www.iom.int
72. Véase también *Foco de atención: SIDA y poblaciones móviles*, en el *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2002*, ONUSIDA, pp. 117-122.
73. Directrices para intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en contextos de emergencia, Comité Permanente entre Organismos, 2003. www.humanitarianinfo.org
74. Directrices para intervenciones relacionadas con el VIH/SIDA en contextos de emergencia y Carta humanitaria y normas mínimas de respuesta humanitaria en casos de desastre, Proyecto Esfera, 2ª edición, 2004. www.sphereproject.org