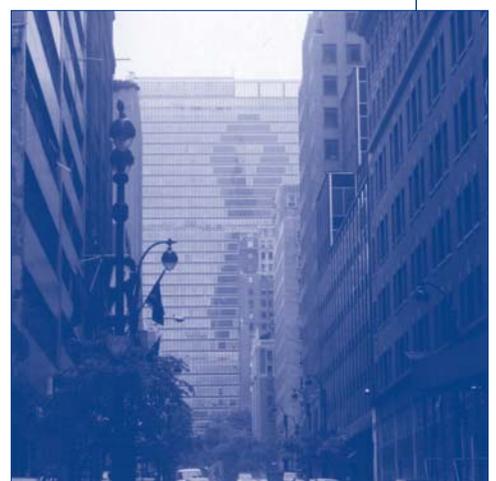
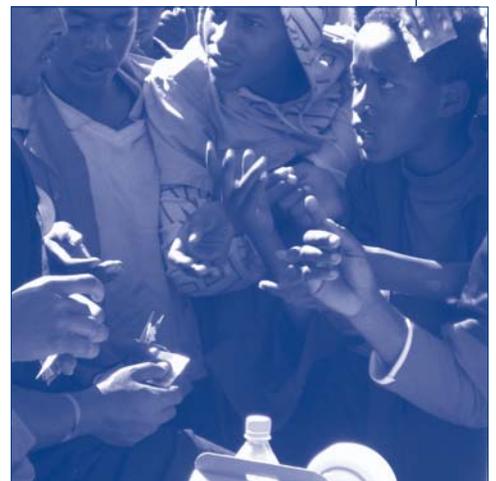


# MONITOREO Y EVALUACIÓN A NIVEL COMUNITARIO IMPLEMENTACIÓN DE LA DECLARACIÓN DE COMPROMISO DE LA UNGASS SOBRE VIH/SIDA

ESPAÑOL



**Agradecimiento:**

Primero y principal, queremos expresar nuestra gratitud a los individuos y organizaciones que aceptaron ser entrevistados o respondieron el cuestionario. Este proyecto fue posible gracias a que ellos quisieron compartir sus experiencias.

También quisiéramos agradecer a los investigadores y organizaciones, en cada uno de los países, que jugaron un papel fundamental en la recolección y análisis de la información. La información para contactarlos se encuentra en el Anexo A.

Éste informe está dedicado a la memoria de Steve Harvey, un líder y activista que defendió los derechos de las personas que viven con el VIH y de aquellos más vulnerables a la infección, que fue asesinado en Jamaica, en el 2005.

*Responsable del proyecto:* Mary Ann Torres, ICASO

*Redactores:* David Garmaise, Yana Avdeeva y Mary Ann Torres

*Investigación adicional:* Yana Avdeeva

*Editor:* Kieran Daly, ICASO

**Derecho de Autor: ICASO 2006**

Esta publicación puede ser reproducida o distribuida libremente en formato impreso o digital. El Consejo Internacional de Organizaciones no Gubernamentales con Servicio en SIDA (ICASO) debe ser reconocido como su autor original. Mucho agradeceríamos si nos envían una copia o la dirección del portal en la Internet de cualquier reproducción o adaptación de ésta publicación.

Las versiones en inglés, francés y español de éste documento están disponibles en el portal de ICASO: [www.icaso.org](http://www.icaso.org)

*Créditos de las fotos:* ICASO y The Condom Project.

Éste proyecto fue posible gracias al apoyo financiero de la Fundación Ford, del Programa Conjunto de las Naciones para el VIH/SIDA (ONUSIDA) y de la Agencia Canadiense de Cooperación Internacional (CIDA).

Los puntos de vista expresados en esta publicación no representan necesariamente los puntos de vista de las instituciones arriba mencionadas.

Resumen .....	2
<b>SECCIÓN 1: Introducción</b> .....	7
Antecedentes. ....	7
Sinopsis de la Declaración de Compromiso .....	9
<b>SECCIÓN 2: Principales resultados transversales, temas en común y aspectos interrelacionados</b> .....	12
Niveles de conocimiento y utilización de la Declaración de Compromiso .....	12
Liderazgo, desarrollo y coordinación de estrategias nacionales .....	13
Participación del Sector Comunitario .....	14
Temas y Retos: Los derechos humanos .....	15
Temas y Retos: Los grupos vulnerables .....	17
Temas y Retos: El acceso a los servicios .....	22
<b>SECCIÓN 3: Recomendaciones principales</b> .....	26
<b>SECCIÓN 4: Puntos destacados de los informes de los países.</b> .....	31
<b>ANEXO A: Lista de individuos y organizaciones que participaron</b> .....	69

## ABREVIACIONES

ARV	Antirretrovirales
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ICASO	Consejo Internacional de Organizaciones no Gubernamentales con Servicio en SIDA
ITS	Infecciones de transmisión sexual
M&E	Monitoreo y evaluación
MCP	Mecanismo de Coordinación de País (Fondo Mundial)
ONG	Organizaciones no Gubernamentales
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones para el VIH/SIDA
CPV	Consejería y Pruebas Voluntarias
PVIH	Personas que viven con el VIH
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida
UNGASS	Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas (sobre VIH/SIDA)
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana

**E**n el 2005, ICASO inició un proyecto de investigación para evaluar, a través de un proceso de monitoreo nacional independiente, el alcance de la implementación por parte de los gobiernos y el sector comunitario de la Declaración de Compromiso de la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA (UNGASS por su nombre en inglés). Este proyecto, específicamente, trató de analizar cómo las comunidades han estado involucradas en el cumplimiento de los compromisos, y si los mecanismos de monitoreo de los gobiernos en cuestión han incorporado sus sugerencias.

El proyecto fue implementado en 14 países: Camerún, Canadá, El Salvador, Honduras, Indonesia, Irlanda, Jamaica, Marruecos, Nepal, Nigeria, Perú, Rumania, Serbia y Montenegro, y Sudáfrica. Este documento, preparado por ICASO, sintetiza los resultados y propone una serie de recomendaciones para los gobiernos y el sector comunitario.

## A. Principales resultados transversales

Esto es una sinopsis de los resultados principales del estudio:

- De manera general, el nivel de conocimiento y uso de la Declaración de Compromiso por parte de los encargados de la elaboración de políticas y del sector comunitario es bajo.
- La participación del sector comunitario en el desarrollo, implementación y monitoreo de las estrategias nacionales es bastante limitada en muchos países. Esto incluye la participación en la revisión periódica de los progresos alcanzados en la implementación de la Declaración de Compromiso.
- El liderazgo político sigue estando ausente en la mayoría de los países. Existen marcadas diferencias entre lo que los políticos prometen y lo que cumplen.
- En relación a las políticas no discriminatorias, existe una diferencia enorme entre la teoría y la realidad. El estigma y la discriminación son comunes y constituyen los principales obstáculos en la implementación exitosa de los servicios de prevención, atención, tratamientos y apoyo.
- Los gobiernos de los países en desarrollo, en general, invierten muy poco de sus presupuestos nacionales en el VIH/SIDA.
- Existe poca conexión entre el derecho a la salud legalmente garantizado y su acceso real, específicamente en relación a los grupos más vulnerables<sup>1</sup>.

1. El término 'grupos más vulnerables' se utiliza para referirse a los grupos de personas que son clave en las dinámicas de, y las respuestas al, VIH/SIDA. Ejemplos de estos grupos incluyen: personas que viven con el VIH, huérfanos y niños vulnerables, mujeres, jóvenes, trabajadora(e)s sexuales, personas que consumen drogas por vía intravenosa, hombres que tienen sexo con hombres, migrantes, refugiados y prisioneros.

- Los servicios suministrados a los grupos vulnerables son deficientes.
- Poco esfuerzo se ha demostrado para promover el empoderamiento de las mujeres y para eliminar el estigma asociado con el trabajo sexual.
- La ilegalidad del trabajo sexual y del consumo de drogas, combinado con los altos niveles de estigma y las prácticas represivas de los organismos de seguridad pública, limitan dramáticamente el acceso de las trabajadoras sexuales y personas que consumen drogas a los servicios sociales y de salud.
- Aun cuando el acceso a los antirretrovirales (ARVs) ha mejorado en los últimos años en todos los países en desarrollo encuestados, la situación sigue estando lejos de lo que se necesita para salvar millones de vidas.

## B. Recomendaciones

A continuación una lista de recomendaciones, basadas en las conclusiones de los informes de los países, sobre las acciones que deben tomarse para asegurar que las metas de la Declaración de Compromiso sean alcanzadas:

### **Nivel de conocimiento y utilización de la Declaración de Compromiso**

1. **Mayor acceso a la información:** Los actores interesados a nivel nacional, con apoyo de ONUSIDA, deben garantizar que la Declaración de Compromiso esté disponible en escuelas y bibliotecas públicas. Se necesita invertir recursos para traducir el contenido de la Declaración en lenguaje simple de entender y orientado a la acción. Las organizaciones del sector comunitario deben desarrollar una campaña coordinada para crear conciencia y explicar el contenido de la Declaración de Compromiso (así como el de otras herramientas internacionales).
2. **Mejora el monitoreo y evaluación (M&E):** Los sistemas de M&E deben ser desarrollados tomando en consideración las características de la epidemia en cada país y deben incluir indicadores que midan el estigma y la discriminación, el acceso a los servicios por las personas más vulnerables, la desigualdad de géneros, la coinfección por VIH y tuberculosis (donde sea relevante), la calidad de los servicios, particularmente consejería y pruebas voluntarias (CPV), y las herramientas y los mensajes de prevención, tratamiento y atención.

### **Liderazgo y participación del sector comunitario**

1. **Compromiso al acceso universal:** Los gobiernos deben comprometerse a lograr el acceso universal a prevención, cuidados y tratamientos para el VIH/SIDA a través de un plan de acción estratégico que contenga tanto metas numéricas interinas y finales a nivel mundial y nacional, como una asignación clara de las responsabilidades de los gobiernos, de las agencias multilaterales, de los donantes y del sector comunitario.

2. **Financiamiento de la respuesta:** Los gobiernos deben suministrar los recursos financieros necesarios para la implementación oportuna de sus estrategias nacionales de lucha contra el SIDA. Al mismo tiempo, los gobiernos deben hacerle seguimiento a la manera cómo esas estrategias son implementadas a través de monitoreo y evaluación frecuente.
3. **Fortalecimiento de las respuestas comunitarias:** Los gobiernos y otros actores interesados deben invertir considerablemente en el sector comunitario con el fin de fortalecer la capacidad de sus organizaciones y lograr que estas puedan cumplir sus funciones relacionadas con la respuesta al SIDA. Las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA deben fortalecer el la prestación de servicios de prevención, tratamientos, atención y apoyo a nivel comunitario e incorporar ese aspecto dentro de sus planes nacionales integrales de recursos humanos de la salud.
4. **Apoyo de ONUSIDA:** ONUSIDA y sus patrocinantes deben apoyar de manera más enérgica al sector comunitario a nivel nacional. Esto incluye acciones de incidencia política para lograr la participación adecuada del sector comunitario en las estructuras gubernamentales e instituciones del estado, y para apoyar el involucramiento de las personas que viven con el VIH y miembros del sector comunitario en la evaluación de los programas y las políticas.
5. **Participación:** Los gobiernos deben garantizar que la respuesta al VIH/SIDA sea verdaderamente multisectorial y deben tomar las medidas que sean necesarias para mejorar la coordinación entre los actores interesados. Los gobiernos deben involucrar al sector comunitario incluyendo, pero no limitado a, las personas que viven con el VIH (PVVIH) y representantes de los grupos vulnerables, en la planificación y diseño de los programas nacionales de SIDA, en los planes de recursos humanos y del sector de la salud, en la implementación de programas, suministro de servicios, cabildeo y también en el monitoreo, evaluación y preparación de informes.
6. **Auto selección:** Los representantes del sector comunitario deben ser seleccionados a través de procesos democráticos y transparentes que sean dirigidos por ellos mismos.
7. **Informes sombra del sector comunitario:** El sector comunitario, además de participar en los procesos de preparación de informes del gobierno, debe desarrollar informes sombra o paralelos sobre la implementación de la Declaración de Compromiso. De esta manera, el sector comunitario estaría habilitado para exigir su participación en los procesos de monitoreo, evaluación y preparación de informes liderados por el gobierno. ONUSIDA debe dar un mayor apoyo al sector comunitario en el desarrollo de herramientas de monitoreo y evaluación relacionadas con la Declaración.

## **Derechos humanos y grupos vulnerables**

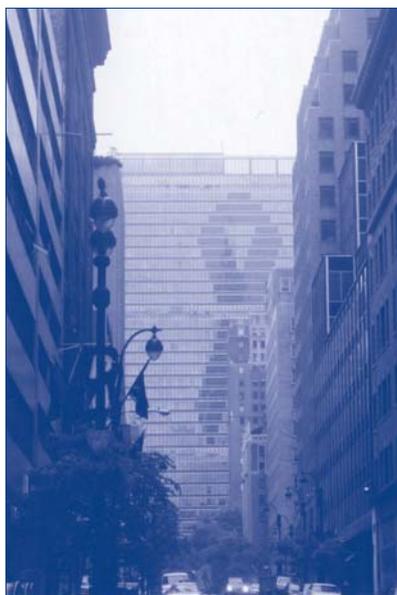
1. **Lucha contra los abusos en materia de derechos humanos:** Los gobiernos y otros actores interesados deben reconocer que la violación de los derechos humanos es tanto el principal catalizador como la mayor consecuencia de la epidemia. El enfrentar esos abusos inmediatamente debe ser un elemento esencial de la respuesta al SIDA por parte de los donantes y los gobiernos.

2. **Lucha contra el estigma y la discriminación:** Los gobiernos y otros actores interesados deben enfrentar el estigma y la discriminación de una manera más agresiva. El estigma y la discriminación son los principales obstáculos que impiden el acceso universal a los servicios de prevención, atención, tratamientos y apoyo.
3. **Mejorar el conocimiento de los derechos:** Los gobiernos y otros actores interesados deben diseñar e implementar programas para educar a sus poblaciones acerca de las leyes y políticas que consagran sus derechos. La mayoría de las personas no entienden que tienen derechos y no conocen los mecanismos legales disponibles para proteger y hacer cumplir los mismos.
4. **Hacer cumplir las leyes:** Los gobiernos y otros actores interesados deben revisar y garantizar la implementación de leyes y políticas existente. Cuando sea necesario, los gobiernos deben adoptar leyes y políticas adicionales y establecer mecanismos efectivos que apoyen la igualdad de géneros y la no discriminación de las personas que viven con o están afectadas por el VIH/SIDA, así como de aquellos especialmente vulnerables a la infección, incluyendo hombres que tienen sexo con hombres, trabajadora(e)s sexuales, personas que consumen drogas por vía intravenosa, prisioneros y poblaciones migrantes.
5. **Abolición de leyes y condiciones:** Los gobiernos y los donantes deben remover leyes y condiciones que restrinjan o penalicen el uso o promoción de productos y servicios pertinentes al VIH incluyendo, pero no limitado a, condones masculinos y femeninos, equipos esterilizados de inyección y terapias de sustitución. Los gobiernos deben abolir leyes y políticas que criminalicen ciertos comportamientos u oficios, como el consumo de drogas, el sexo entre personas del mismo género y el trabajo sexual.
6. **Aumento del financiamiento:** Los gobiernos y donantes deben incrementar el financiamiento de programas que busquen la eliminación de los abusos contra los derechos humanos de las personas que viven con el VIH o que tienen un alto riesgo de contraerlo, incluyendo la violencia sexual y la basada en géneros, la discriminación, y la violación del derecho a obtener información plena y veraz sobre atención, tratamiento y prevención del VIH/SIDA.
7. **Necesidad de intervenciones de prevención para mujeres:** Para poder enfrentar la desigualdad y la vulnerabilidad de las mujeres, los mensajes de prevención deben ser redefinidos para hacerlos más adecuados a las vidas y realidades de mujeres y hombres, niñas y niños. Las mujeres necesitan métodos de prevención que ellas puedan controlar – por ejemplo, un mayor acceso a condones femeninos. Las organizaciones del sector comunitario deben hacer un trabajo más sistemático de cabildeo para lograr un mayor compromiso en el desarrollo de un microbicida que esté disponible ampliamente y sea distribuido gratuitamente.

### **Acceso a servicios**

1. **Obstáculos que impiden el acceso:** Los gobiernos deben eliminar las políticas y prácticas que impiden el acceso universal a prevención, tratamientos y atención, incluyendo aquellas que discriminen en función de la residencia o ciudadanía, edad, género, sexualidad, ocupación, empleo, comportamiento riesgoso, estatus de salud, y raza o etnicidad.

2. **Eliminación de los cargos a los usuarios:** Los gobiernos deben asegurar que el acceso a un paquete integral de servicios relacionados con el VIH/SIDA no dependa, de ninguna manera, de la posibilidad que tenga el usuario de pagar. Particularmente, los cargos a los usuarios deben ser eliminados cuando estos tengan la potencialidad de limitar el acceso a tales servicios.
3. **Fortalecimiento de los recursos humanos:** Los gobiernos deben implementar políticas y estrategias para atraer, retener y entrenar a los trabajadores de la salud, lo que representa un reto gigantesco para el sector de la salud pública. Si la crisis actual del personal de salud no se resuelve— incluyendo las precarias condiciones de trabajo, los bajos salarios, las preocupaciones acerca de las perspectivas y opciones profesionales, la falta de incentivos y el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud —los programas de salud se verán afectados.
4. **Respuesta a las necesidades inmediatas y futuras:** Una respuesta integral debe tomar en cuenta tanto el compromiso de lograr el acceso universal a las intervenciones de prevención, tratamiento y atención que existen hoy en día, como el desarrollo, con la misma urgencia, de mejores herramientas — medicinas, tecnologías para el diagnóstico y la prevención, notablemente, vacunas y microbicidas — para el futuro.
5. **Acceso a la información:** Los actores interesados deben tomar las acciones necesarias para garantizar el derecho a una información plena, veraz y basada en evidencias, en materia de servicios de tratamiento, atención y prevención del VIH/SIDA. Esto incluye el desarrollo y mejora de programas educativos de salud dirigidos a las personas que viven con el VIH/SIDA, particularmente en lo concerniente a la prevención, manejo y tratamiento de los primeros síntomas asociados con el VIH. La educación sexual debe ser obligatoria.
6. **Optimización de los programas de consejería y pruebas de VIH:** Los programas de consejería y pruebas voluntarios y confidenciales para el VIH deben ser aumentados y fortalecidos. Los gobiernos y otros actores interesados deben promover el derecho de cada individuo a conocer su estatus serológico con respecto al VIH, recibir información médica veraz sobre el VIH y SIDA, y obtener acceso fácil y rápido a los servicios de consejería y pruebas así como a otros servicios conexos. Los programas de pruebas de VIH deben permanecer voluntarios, no obligatorios, y deben incluir servicios de consejería, el consentimiento informado y la protección de la confidencialidad.
7. **Servicios para mujeres:** Las organizaciones del sector comunitario deben promover un acceso óptimo a los servicios de consejería y a los grupos de apoyo que reflejen las realidades de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA.
8. **Asegurar el uso de las flexibilidades del ADPIC:** Los países con recursos limitados deben comprometerse a emplear las flexibilidades ofrecidas en el Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) para asegurar el abastecimiento sostenible de medicinas y otras tecnologías esenciales de salud a precios asequibles. Los países desarrollados deben comprometerse a cesar sus presiones a los países con recursos limitados que quieran utilizar tales alternativas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) debe desarrollar unas directrices operacionales para asistir a los países en la implementación de estos compromisos.



EDIFICIO DE LA ONU, NUEVA YORK

## A. Antecedentes

En Junio del 2001, los jefes de Estado y otros representantes de 189 países se reunieron en la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS,) sobre VIH/SIDA. Dicha reunión marcó un hito histórico, teniendo en cuenta que durante los últimos 20 años, la epidemia de VIH/SIDA ha causado la muerte, el sufrimiento y la destrucción de comunidades alrededor del mundo, revirtiendo los progresos logrados hacia el desarrollo. Durante la reunión, los representantes de los países adoptaron unánimemente la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA.

La Declaración de Compromiso es un documento importante porque refleja la voluntad política a su más alto nivel. No es un acuerdo vinculante, pero expresa lo que los gobiernos se han comprometido a hacer para alterar el curso de la epidemia – de manera directa, en colaboración con otros en alianzas regionales e internacionales, y con el apoyo del sector comunitario –. La Declaración fija metas reales (con lapsos para su cumplimiento) para el acceso a la prevención, la atención, los tratamientos y el apoyo, para empoderar a las mujeres, proteger los derechos humanos de las PVVIH y otros grupos vulnerables, y aumentar la asignación de recursos.

En el 2002, ONUSIDA elaboró un conjunto de indicadores básicos para medir y monitorear los progresos logrados en la implementación de la Declaración de Compromiso. Los gobiernos deben utilizar estos indicadores para preparar los informes anuales a ONUSIDA sobre los progresos alcanzados. Estos informes son la base del informe global anual a ser preparado y presentado por el Secretario General de las Naciones Unidas a la Asamblea General de las Naciones Unidas durante la reunión anual de Revisión de la UNGASS. Esta reunión anual tiene como objetivo evaluar exhaustivamente los resultados nacionales y compararlos con las metas específicas consagradas en la Declaración de Compromiso.

En la mayoría de los casos, hasta ahora, los informes oficiales de los países describen únicamente la perspectiva de los gobiernos nacionales. La participación del sector comunitario en la preparación de esos informes, aun cuando varía dependiendo de los países, ha sido generalmente pobre.

En el 2003, mediante un proyecto piloto en cuatro países, ICASO inició un estudio liderado por las mismas comunidades, acerca de la participación del sector comunitario en la implementación y monitoreo de la Declaración de Compromiso de la UNGASS. El estudio confirmó que el liderazgo gubernamental, a pesar de la adopción de la Declaración, no había sido lo suficientemente fuerte como para alterar el curso de la epidemia. De hecho, después de la adopción de la Declaración de Compromi-

so, la epidemia se ha agravado, sugiriendo que los gobiernos no han cumplido con los compromisos que asumieron cuando firmaron la Declaración.

En el 2005, ICASO elaboró un proyecto de investigación más amplio para evaluar, a través de un proceso independiente de monitoreo nacional, hasta qué punto los gobiernos y el sector comunitario habían puesto en práctica la Declaración de Compromiso. El proyecto buscaba, específicamente, analizar la participación de las comunidades en la implementación de los compromisos y ver si los mecanismos de monitoreo de los gobiernos habían tomado en cuenta sus contribuciones.

El proyecto se ejecutó en 14 países – Camerún, Canadá, El Salvador, Honduras, Indonesia, Irlanda, Jamaica, Marruecos, Nepal, Nigeria, Perú, Rumania, Serbia y Montenegro, y Sudáfrica. En cada país, organizaciones e individuos, incluyendo PVIH, fueron reclutados como investigadores principales para liderar el estudio en sus países.

Los investigadores recibieron instrucciones detalladas sobre la información que debía ser recolectada y el formato de los informes. También recibieron un cuestionario que podía adaptarse a las realidades de sus respectivos países. Se les pidió que recogieran y analizaran información de varias organizaciones del sector comunitario. La recolección de información, así como la preparación de los informes nacionales por parte de los investigadores, tomó varios meses.

ICASO suministró apoyo financiero y técnico. La recolección de información en los países que formaron parte de este proyecto se logró utilizando una metodología uniforme. Sin embargo, la interpretación y análisis de la información fue responsabilidad de los investigadores. Estos informes no fueron editados, comentados o, de ninguna manera, influenciados por ICASO y fueron entregados a ONUSIDA como una contribución a la preparación del Informe Anual Mundial 2005 y, del Informe del Secretario General de la ONU sobre la implementación de la Declaración de Compromiso de la UNGASS (2005) (que antes sólo tomaba en cuenta la información dada por los gobiernos). De hecho, el Informe del Secretario General reconoce que “[para] obtener un panorama lo más completo posible acerca del progreso de la respuesta mundial desde la sesión extraordinaria, la información suministrada por los gobiernos fue complementada con información adicional proporcionada por más de 30 informes preparados por la sociedad civil”

El presente documento, preparado por ICASO, resume los resultados del estudio realizado en los 14 países y propone una serie de recomendaciones para los gobiernos y el sector comunitario. La Sección 1 sirve de introducción al informe y concluye con una sinopsis de la Declaración de Compromiso.

La Sección 2 presenta las conclusiones principales, temas en común y aspectos interrelacionados. Esta sección examina el nivel de conocimiento y utilización de la Declaración de Compromiso, el liderazgo a todo nivel y el desarrollo y coordinación de estrategias nacionales, la participación del sector comunitario, y los temas y retos en distintas áreas, incluyendo derechos humanos, grupos vulnerables y acceso a servicios. Algunos extractos de los informes de los países han sido incluidos en cuadros a lo largo de la Sección 2 (estos extractos no son copia textual sino han sido parafraseados).

La Sección 3 presenta una lista de las recomendaciones principales que emergieron de este estudio.

La Sección 4 presenta un resumen de cada uno de los 14 informes de los países.

## **B. Sinopsis de la Declaración de Compromiso**

La Declaración de Compromiso reconoce y afirma el papel fundamental que juegan las comunidades, las personas que viven con el VIH y los grupos vulnerables, las ONGs, las organizaciones comunitarias y las organizaciones religiosas en la respuesta al VIH/SIDA.

La Declaración de Compromiso establece metas con plazos concretos en un número de áreas, incluyendo prevención, atención, apoyo y tratamientos; derechos humanos; reducción de la vulnerabilidad; y la mitigación del impacto social y económico del VIH/SIDA. Algunos de los compromisos principales se mencionan a continuación.

### **Prevención**

- Reducir la prevalencia del VIH entre los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad en un 25% en los países más afectados (para el 2005).
- Establecer metas de prevención a fin de reducir la incidencia del VIH entre los grupos vulnerables (para el 2003).
- Aumentar el acceso a herramientas esenciales incluyendo condones masculinos y femeninos, equipo esterilizado para inyecciones; programas para la reducción de los daños para las personas que consumen drogas, pruebas y consejería voluntarias y confidenciales y el tratamiento oportuno y eficaz de las infecciones de transmisión sexual (ITS) (para el 2005).
- Asegurar que el 90% de los jóvenes de ambos sexos de 15 a 24 años de edad, tengan acceso a información y educación sobre el VIH (para el 2005).

### **Atención, apoyo y tratamiento**

- Desarrollar estrategias para fortalecer los sistemas de atención de la salud (para el 2003)
- Desarrollar estrategias para proporcionar en forma gradual y sostenible el tratamiento de la más alta calidad posible para el VIH, incluyendo la terapia antirretroviral y el tratamiento de las infecciones oportunistas (para el 2003)

### **Derechos humanos**

- Promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra, y asegurar el disfrute pleno de los derechos humanos y libertades fundamentales para, las personas que viven con el VIH y los miembros de grupos vulnerables (para el 2003).
- Elaborar (y acelerar la implementación de) estrategias nacionales que promuevan el empoderamiento de la mujer, incluyendo su capacidad para controlar las cuestiones relativas a su sexualidad y que promuevan la responsabilidad compartida de hombres y mujeres para asegurar relaciones sexuales sin riesgo (para el 2005)

- Elaborar (y acelerar la implementación de) estrategias nacionales que promuevan y protejan el pleno disfrute por la mujer de todos los derechos humanos y que reduzcan 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 (para el 2005).

### **Reducción de la vulnerabilidad**

- Establecer estrategias, políticas y programas que identifiquen y comiencen a enfrentar los factores que hacen a las personas particularmente vulnerables a la infección por el VIH (para el 2003).
- Elaborar o fortalecer estrategias, normas y programas nacionales para promover y proteger la salud de los grupos que tienen tasas elevadas, o en aumento, de infección por el VIH (para el 2003).

### **Mitigación de los efectos sociales y económicos**

- Elaborar (y acelerar la implementación de) estrategias nacionales para la erradicación de la pobreza para hacer frente a los efectos del VIH/SIDA en los ingresos de los hogares, los medios de vida y el acceso a los servicios sociales básicos (para el 2003).

La Declaración de Compromiso exhorta a los líderes de los gobiernos a establecer y ejecutar estrategias nacionales multisectoriales y planes de financiamiento para luchar contra el VIH/SIDA que hagan frente al estigma, el silencio y la negación; que aborden los factores de género y edad; eliminen la discriminación y la marginalización; que estimulen la colaboración entre el sector comunitario y el sector empresarial y la plena participación de las PVVIH, grupos vulnerables y las personas en riesgo, especialmente mujeres y jóvenes; que obtengan los recursos, en la medida de lo posible, de los presupuestos nacionales; que promuevan y protejan plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, incluyendo el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental; que incorporen una perspectiva de género; y que tengan en cuenta el riesgo, la vulnerabilidad, la prevención, la atención, el tratamiento y el apoyo, así como la reducción del impacto de la epidemia.

Adicionalmente, la Declaración de Compromiso exhorta la participación de la sociedad civil en las revisiones periódicas nacionales sobre los avances alcanzados en el cumplimiento de estos compromisos, con el fin de identificar los problemas y obstáculos y asegurar la amplia diseminación de los resultados de las mismas.

En el mes de Agosto del 2005, el Director Ejecutivo de ONUSIDA envió una carta a todos los Estados Miembros de la ONU, recordándoles su obligación de elaborar el informe [anual] y al mismo tiempo haciendo el lanzamiento de un nuevo documento titulado: *Seguimiento de la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA: Directrices para la Elaboración de Indicadores Básicos*. El propósito principal de estas directrices es ayudar a los programas nacionales de SIDA en el proceso de medir los indicadores básicos sobre VIH/SIDA. La carta también enfatiza la importancia de involucrar plenamente a la sociedad civil en el monitoreo de los progresos de la UNGASS:

*“Las directrices...enfatan un enfoque participativo y transparente en los procesos de preparación del informe....ONUSIDA invita a los gobiernos a que integren los comentarios de distintas organizaciones de la sociedad civil en su informe nacional. ONUSIDA también recomienda enfáticamente que los gobiernos nacionales organicen un taller/foro para presentar y discutir el borrador del informe nacional antes de que el mismo sea remitido; cuando sea apropiado, el informe final debe reflejar las discusiones en tal evento.”*

RECUADRO 1

- ▶ La mayoría de los actores interesados en los distintos niveles de la sociedad civil tienen conocimiento de los compromisos asumidos por el estado en la UNGASS. Algunos han logrado transformarlos en herramientas para su propio cabildeo. – *Perú*
- ▶ El sector comunitario, en su mayoría, tiene una noción básica acerca de la existencia del documento, pero muy pocos lo conocen o lo han utilizado como una herramienta para planificar o guiar su trabajo. Muy pocos saben cómo hacer la Declaración operativa e incorporarla dentro de sus programas y suministro de servicios. La Declaración se utiliza como referencia, particularmente para (a) crear argumentos de cabildeo, refiriéndose a los compromisos hechos por el gobierno de Canadá; y (b) racionalizar las propuestas de financiamiento, justificando la importancia del trabajo propuesto porque está incluido en la Declaración. – *Canadá*
- ▶ La mayoría de los grupos comunitarios, así como muchos funcionarios del gobierno (incluyendo los que trabajan en VIH/SIDA) nunca han oído de la UNGASS o de la Declaración de Compromiso, y muchos de los funcionarios fueron reacios a darnos información para el informe sombra, por miedo a que ésta información pudiera ser publicada y sus trabajos puestos en riesgo. – *Camerún*

Los fracasos políticos alimentan y obstaculizan la acometida efectiva a la epidemia. La falta de liderazgo y compromiso ha dado como resultado: la implementación inapropiada de políticas y programas eficaces, la negativa de invertir los recursos necesarios, la indeferencia hacia los derechos humanos y la dignidad, la exclusión y discriminación de los más vulnerables, las décadas de desatención de los trabajadores y de los sistemas de salud, la negativa de basar las intervenciones de prevención en lo que las evidencias sugieren funciona, y políticas financieras y comerciales que menoscaban el acceso a medicinas que salvarían vidas. Esta sección presenta un resumen de los resultados principales, temas en común y aspectos interrelacionados concernientes a: los niveles de conocimiento y utilización de la Declaración de Compromiso; el liderazgo, y el desarrollo y la coordinación de estrategias nacionales; la participación del sector comunitario; los derechos humanos; la vulnerabilidad; y el acceso a tratamiento, prevención y consejería y pruebas voluntarias.

## A. Niveles de conocimiento y utilización de la Declaración de Compromiso

Las evidencias sugieren que la adopción de la Declaración de Compromiso incentivó el desarrollo de estrategias y estructuras nacionales destinadas a enfrentar la epidemia en algunos países. Sin embargo, hoy en día el nivel de conocimiento y utilización de la Declaración de Compromiso es escaso por parte de quienes elaboran las políticas en la mayoría de los países encuestados. En esos países, la Declaración generalmente sale a relucir sólo cuando los gobiernos deben preparar los informes para ONUSIDA acerca de los progresos alcanzados en el logro de los compromisos de la misma.

Los niveles de conocimiento y utilización de la Declaración de Compromiso por parte de organizaciones del sector comunitario varían por país, pero es generalmente insuficiente. En muchos países, sólo algunas organizaciones del sector comunitario tenían conocimiento de la Declaración, y éstas estaban generalmente involucradas en las estructuras nacionales de lucha contra el SIDA.

La utilización de la Declaración de Compromiso como herramienta para el cabildeo por parte del sector comunitario ha sido limitada, con la excepción de Perú y Canadá. (Ver recuadro 1).

La participación de organizaciones comunitarias en las revisiones periódicas sobre los progresos alcanzados en la implementación de la Declaración de Compromiso fue inexistente o limitada en la mayoría de los países encuestados.

Sin embargo, existen algunas excepciones destacables. En Marruecos, las organizaciones del sector comunitario estuvieron involucradas en la preparación del informe de su gobierno. De hecho, los representantes de las organizaciones del sector comunitario fueron invitados a varias reuniones organizadas por el Ministerio de Salud y sus sugerencias fueron tomadas en cuenta. En Irlanda, se organizó una reunión para presentar y discutir las conclusiones preliminares del informe sombra. En dicha reunión se congregaron tanto organizaciones no gubernamentales (ONGs) nacionales e internacionales como los departamentos gubernamentales de salud y de relaciones exteriores – una de las primeras reuniones en su estilo entre estos cuatro actores. En Canadá, el gobierno contrató a la ONG que preparó el informe sombra para que redactara la “Sección de las ONGs” del informe oficial. Como resultado, esta sección refleja ampliamente el contenido y perspectiva del informe sombra. Con la ayuda del Fondo de las Naciones Unidas para las Poblaciones, las conclusiones y recomendaciones del informe sombra de El Salvador fueron presentadas y discutidas en un taller con otros actores interesados.

La mayoría de los países encuestados no informaron sobre el cumplimiento de los compromisos específicos contenidos en la Declaración. Esto se debe, quizás, al hecho que no se han desarrollado los sistemas de monitoreo y evaluación necesarios para medirlos. Sin embargo, los investigadores de Jamaica informaron que el gobierno ha logrado, de manera general, progresos importantes en la implementación de sus compromisos, aun cuando no lo ha hecho dentro de los parámetros de tiempo establecidos, ni de manera balanceada en relación a los distintos objetivos.

## **B. Liderazgo, desarrollo y coordinación de estrategias nacionales**

El liderazgo gubernamental en relación al VIH/SIDA no se refleja en los niveles de financiamiento, ni en la coordinación de la inversión de los recursos disponibles. Muchos investigadores señalaron los obstáculos a la “participación integral y activa de los sectores comunitario y privado o su ausencia total.

El estudio demostró que el liderazgo político está ausente en la mayoría de los países encuestados. Las dos excepciones fueron (a) Serbia y Montenegro, donde el fuerte compromiso político ha dado como resultado leyes nuevas y modernas durante el período 2003-2005, y (b) Marruecos, donde el liderazgo político fue demostrado por la colaboración entre el sector comunitario y el Ministerio de Salud.

Todos los países estudiados han puesto en práctica una estrategia nacional de SIDA, así como una estructura coordinadora nacional para el VIH/SIDA<sup>2</sup>. Estos son dos de los elementos de los ‘Tres Unos’, principios promovidos por ONUSIDA luego de la adopción de la Declaración de Compromiso. El tercer ‘uno’, un sistema de evaluación y monitoreo único nacional para el VIH/SIDA ha sido establecido en la mayoría de los países estudiados; en los países restantes está en proceso de elaboración.

.....  
2. En Canadá, un estado federal, hay cierta preocupación debido a que ningún organismo tiene la responsabilidad de coordinar la estrategia nacional.

## RECUADRO 2

- ▶ Los líderes no han tomado la lucha seriamente. – *Camerún*
- ▶ Todos los instrumentos y tratados internacionales de los que Sudáfrica es parte no tendrán ningún efecto si el compromiso político no se transforma en una acción efectiva y coordinada. – *Sudáfrica*
- ▶ El gobierno de Camerún tiene programas excelentes, que si son implementados de la manera en que fueron diseñados reducirían considerablemente la propagación del virus y mejorarían las vidas de las personas infectadas. La falta de sistemas de monitoreo transparentes y participativos, y la falta de justicia en los casos de corrupción, malversación y abusos en el contexto del VIH/SIDA, han afectado la lucha contra el SIDA en Camerún. – *Camerún*
- ▶ Todavía existe una división enorme entre las políticas públicas y la práctica, lo que coloca a muchas de las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA en situación de vulnerabilidad a la infección y abusos de sus derechos humanos. – *Sudáfrica*

Aun cuando la mayoría de las estrategias nacionales reconocen la importancia de un esfuerzo multisectorial en la protección de los derechos humanos y en el abordaje de la vulnerabilidad de algunas poblaciones — existe una distancia entre lo escrito y lo que verdaderamente existe, así como entre lo que prometen los líderes políticos y lo que terminan cumpliendo (ver recuadro 2).

El informe de Rumania resalta que la estrategia nacional no puede ser considerada como operacional hasta tanto no exista un compromiso financiero del gobierno que apoye su implementación. De hecho, la mayoría de los países en vías de desarrollo, como Nepal, Nigeria, Camerún, Honduras, Indonesia y Jamaica, reportan que sus gobiernos están invirtiendo una mínima porción de sus presupuestos nacionales en VIH/SIDA. Muchos países alegan que es complicado balancear las prioridades gubernamentales y las exigencias de los donantes. En los países desarrollados encuestados, hay cierta preocupación que el VIH/SIDA no siga siendo una prioridad.

## C. Participación del sector comunitario

La Declaración de Compromiso reconoce la contribución significativa de las personas que viven con el VIH, y otros actores de la sociedad civil en la lucha contra el VIH/SIDA en todos sus aspectos, y consagra que su plena participación e involucramiento en el diseño, planificación, implementación y evaluación de programas es esencial para el desarrollo de una respuesta efectiva a la epidemia.

La participación del sector comunitario en el desarrollo de estrategias nacionales, y como parte de la estructura coordinadora nacional, varía considerablemente en los países encuestados. No causa sorpresa descubrir que la extensión de la participación del sector comunitario depende de la naturaleza de su relación con el gobierno. En algunos países, la falta de participación del sector comunitario ha sido un problema desde los primeros días de la epidemia. No fue posible concluir en éste estudio si la Declaración de Compromiso ha aumentado o disminuido la participación comunitaria. Debe destacarse, sin embargo, que los investigadores en varios países concluyeron que el Fondo Mundial de la Lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria (el Fondo Mundial) ha sido instrumental en el incremento de la participación del sector comunitario (ver recuadro 3).

La participación del sector comunitario varía de bastante limitada (en países como Sudáfrica y Rumania) a extensa (en países como Marruecos, Jamaica y Canadá). Aun cuando la mayoría de los países reportaron una participación limitada, se han logrado ciertos avances, aunque pequeños (ver Recuadro 4).

Los investigadores en Perú manifestaron que la participación del sector comunitario ha sido bastante limitada, pero reconocen que se han producido avances notables desde el 2003. Los investigadores en Nepal informaron que aun cuando el sector comunitario tuvo una participación limitada en la elaboración de la estrategia nacional, éste ha tenido una mayor participación en el desarrollo del recién finalizado plan de acción. Esto ha dado como resultado que ciertos temas que fueron excluidos de la estrategia nacional — como el acceso a ARVs y programas de prevención para hombres que tienen sexo con hombres (HSH) — se incorporaron en el plan de acción.

### RECUADRO 3

#### ACTUACIÓN DEL FONDO MUNDIAL

El Fondo Mundial fue mencionado repetidamente como una fuerza positiva en la respuesta al VIH/SIDA, contribuyendo a cumplir las metas de la Declaración de Compromiso. Una razón evidente es que el Fondo ofrece financiamiento a gran escala de servicios, notablemente y en particular el suministro de ARVs.

Muchas de las personas entrevistadas durante el curso del estudio citaron la contribución positiva de los procesos del Fondo Mundial – particularmente la creación de los Mecanismos de Coordinación de País (MCP). La mayoría de las propuestas al Fondo Mundial son generadas por los MCP, que están obligados a incluir representantes de todos los sectores trabajando en VIH/SIDA. Las respuestas en ciertos países reconocen que los MCP han sido instrumentales en reunir a la sociedad civil y el gobierno para colaborar en la respuesta al VIH/SIDA.

Algunos ejemplos citados por los investigadores son:

- En Serbia y Montenegro, el proceso de preparación de la propuesta al Fondo Mundial fortaleció la cooperación entre los principales actores interesados.
- En Honduras, el único mecanismo que agrupa al gobierno y a la sociedad civil es el MCP del Fondo Mundial.
- En Marruecos, una subvención exitosa del Fondo Mundial fue clave en el acercamiento entre la sociedad civil y el gobierno.
- En Sudáfrica, la representación de la sociedad civil aumentó cuando el Consejo Nacional Surafricano para el SIDA, ente coordinador del país para la lucha contra el VIH/SIDA, fue designado como el MCP.

Adicionalmente, algunos encuestados reconocen que los procesos del Fondo Mundial han establecido sistemas de monitoreo y evaluación necesarios para medir los progresos en la lucha contra el VIH/SIDA. Por ejemplo en Rumania, el monitoreo y evaluación de los progresos en la implementación de la estrategia nacional se conduce como parte de los requisitos asociados con la subvención del Fondo Mundial.

En aquellos países que señalaron cierta participación del sector comunitario, los investigadores concluyeron que, en muchos casos, los grupos vulnerables (como los hombres que tienen sexo con hombres, personas que consumen drogas por vía intravenosa, trabajadora(e)s sexuales y prisioneros) no fueron involucrados activamente a nivel nacional.

Los investigadores en varios países indicaron que la representación no es lo mismo que la participación. Por ejemplo:

- aun cuando el sector comunitario está representado en niveles de las estructuras nacionales de lucha contra el SIDA, su impacto y verdadera participación es frustrantemente limitada; y
- aun cuando el sector de las ONGs está representado en un número de estructuras que toman decisiones en Irlanda, la posibilidad que tienen de establecer agendas dentro de estas estructuras es bastante limitada.

En países donde la participación comunitaria ha sido limitada, la razón comúnmente citada es que el sector comunitario no es visto como un verdadero colaborador que tiene algo útil que aportar. En Camerún, los investigadores expresaron que los funcionarios del gobierno ven al sector comunitario como un competidor en vez de un colaborador. Ellos también indicaron que el intercambio de información entre el gobierno y el sector comunitario es insuficiente.

## D. Temas y Retos: Los derechos humanos

La Declaración de Compromiso exhorta a los gobiernos a implementar medidas destinadas a eliminar todo tipo de discriminación hacia las personas que viven con el VIH y miembros de los grupos más vulnerables, tomando en cuenta las particularidades de la epidemia en sus

países y asegurar el pleno disfrute de los derechos humanos y libertades fundamentales. Los investigadores encontraron, sin embargo, que los progresos en este aspecto han sido ínfimos. El estigma y la discriminación siguen estando presentes. Para las personas que viven con el VIH y los miembros de los grupos vulnerables, el estigma y la discriminación constituyen obstáculos fundamentales que impiden la implementación exitosa de los tan necesitados servicios de prevención, atención, tratamientos y apoyo. Las violaciones de los derechos humanos son a la vez catalizadoras y consecuencias de la epidemia. La lucha contra esos abusos debe ser un elemento esencial de la respuesta al SIDA.

#### RECUADRO 4

- ▶ Se han presentado muy pocas oportunidades para revisar los planes nacionales; la interacción y la relación entre las organizaciones del sector comunitario están en su peor momento. – *Sudáfrica*
- ▶ El Programa Nacional de lucha contra el SIDA aborda al sector comunitario como verdaderos colaboradores, prestando atención a sus reclamos y no como simple interlocutores. – *Marruecos*
- ▶ Las organizaciones del sector comunitario que no han estado involucradas en el Comité Nacional de lucha contra el SIDA (muchas veces debido a la distancia que las separa de Kingston, donde se llevan a cabo las reuniones, o a limitaciones de personal o recursos) tienen acceso limitado a la información y menos posibilidades de contribuir. – *Jamaica*
- ▶ Muchos representantes de las ONG piensan que sus esfuerzos no fueron reconocidos o incorporados por el gobierno. – *Rumania*
- ▶ Los gobiernos tienden a seleccionar a los representantes de la sociedad civil para que participen en ciertas estructuras o diálogos. – *Sudáfrica*
- ▶ En Honduras, la alianza entre el sector comunitario y el gobierno se ha caracterizado por la división y las relaciones difíciles. – *Honduras*
- ▶ Habitualmente, la sociedad civil y el gobierno colaboran efectivamente para abordar los temas relacionados con el VIH/SIDA desde una perspectiva multisectorial, integrando los puntos de vista de todos los participantes. – *Canadá*
- ▶ Las ONG sienten que el modelo de alianza [con el gobierno] no está funcionando. – *Irlanda*

#### RECUADRO 5

- ▶ La retórica de derechos está muy bien desarrollada en Sudáfrica, pero son muy pocos los esfuerzos reales en traducir esto en acción. La realidad dista mucho de lo que está en la Constitución. – *Sudáfrica*
- ▶ La diferencia entre un marco teórico que consagra la igualdad en sus leyes, y lo que sucede en la práctica diaria con respecto al acceso y protección de estos derechos, constituye el talón de Aquiles de la respuesta del país al VIH/SIDA. – *Honduras*
- ▶ Los casos de discriminación, particularmente contra PVVIH y HSH, son abundantes; pero sólo uno, ahora en instancia judicial, ha hecho frente a esta situación (un caso de violencia contra homosexuales). Las razones que explican la ausencia de otras demandas incluyen el miedo de las víctimas a represalias en su contra; el desinterés y a veces el abuso de la policía; y, unos medios de comunicación social insensibles. – *Jamaica*

Muchos de los países encuestados tienen leyes que garantizan el derecho a la salud y protegen los derechos humanos de las PVVIH y de los miembros de algunos grupos vulnerables. No es posible concluir, sin embargo, si la Declaración de Compromiso incentivó el desarrollo de tales normativas.

Incluso en aquellos países con este tipo de leyes, existe muy poca conexión entre el derecho a la salud legalmente garantizado y su acceso real, especialmente en relación a los grupos vulnerables. Una gran distancia separa lo que existe en papel en términos de políticas no discriminatorias y lo que realmente sucede en la práctica (ver recuadro 5). Por ejemplo:

- Las garantías que se dan en relación al cumplimiento de las leyes antidiscriminatorias son inadecuadas.
- Aun cuando las leyes que discriminaban a los HSH fueron eliminadas en Rumania, la discriminación persiste en los centros de salud pública. Los HSH evitan demostrar o revelar públicamente, o ante algún médico, su orientación sexual debido a las posibles consecuencias que eso pueda ocasionar.
- En Perú, las leyes relacionadas con los derechos de las PVVIH no son respetadas por las autoridades o por la población en general.
- En El Salvador, aun cuando existen leyes que protegen la igualdad, la discriminación hacia las PVVIH y otros grupos vulnerables ocurre debido al miedo e ignorancia por parte del público.
- Las políticas en papel no siempre se traducen en un claro entendimiento de los procesos o en comportamientos apropiados por parte de los trabajadores de la salud.

Aun cuando los gobiernos se han comprometido a suministrar ARVs a las PVVIH que los necesitan, la falta de financiamiento muchas veces evita el cumplimiento de este compromiso.

En muchos de los países, ciertas regulaciones impiden que los grupos más vulnerables a la infección por VIH tengan acceso a los servicios de prevención y tratamiento. En Jamaica, por ejemplo, la intimidación entre hombres, la posesión de equipos de inyección y el trabajo sexual son ilegales.

## RECUADRO 6

- ▶ En la mayoría de los casos, depende del individuo que experimenta la discriminación el (a) conocer sus derechos; (b) reconocer que ha sido discriminado; (c) conocer los mecanismos de reclamo disponibles; y (d) tener la voluntad y capacidad para iniciar el reclamo. – *Canadá*
- ▶ Existe poco o ningún conocimiento entre los tomadores de decisiones o las ONGs de la necesidad de establecer un enfoque basado en los derechos de las personas que consumen drogas y trabajadora(e)s sexuales. – *Rumania*
- ▶ Los derechos de los grupos vulnerables no han mejorado en los últimos cuatro años, desde la firma de la Declaración de Compromiso. – *Honduras*

## RECUADRO 7

Ejemplos de los grupos más vulnerables incluyen:

- Personas que viven con VIH
- Huérfanos y otros niños vulnerables
- Mujeres
- Jóvenes y adolescentes
- Trabajadora(e)s sexuales
- Personas que consumen drogas por vía intravenosa
- Hombres que tienen sexo con hombres
- Inmigrantes
- Refugiados
- Prisioneros

Los investigadores identificaron muchos otros obstáculos que impiden la plena implementación de leyes y políticas de derechos humanos (ver recuadro 6):

- Los gobiernos no han tomado las medidas suficientes para crear una cultura basada en derechos.
- Los gobiernos han fracasado en educar al público en lo que concierne a leyes y políticas.
- La lucha contra la discriminación no constituye una prioridad para los gobiernos.
- No existe un sistema formal que monitoree la implementación de las leyes y políticas, especialmente entre los grupos vulnerables.
- La mayoría de los individuos no comprenden que gozan de derechos y no conocen los mecanismos legales disponibles para la protección de los mismos.
- La mayoría de las personas no poseen las destrezas necesarias para luchar por sus derechos.
- Cuando los gobiernos sí toman medidas, estas tienden a ser reactivas en vez de preventivas.

En la mayoría de los países que tomaron parte de este estudio, no existen leyes o políticas que protejan los derechos humanos de la(o)s trabajadora(e)s sexuales o de las personas que consumen drogas por vía intravenosa. De hecho, el trabajo sexual y el consumo de drogas son ilegales, y las personas que practican tales actividades son generalmente enjuiciadas. Esto hace que el acceso a los servicios por parte de estos grupos sea extremadamente difícil. En algunos países, dicha situación también afecta a los HSH. Ver sección E sobre los grupos vulnerables para mayor discusión sobre el tema.

Los investigadores informaron que en Serbia y Montenegro, Nepal y Jamaica no existen leyes que protejan los derechos de las PVVIH y de los grupos vulnerables. Sin embargo, en Jamaica organizaciones del sector comunitario están trabajando para proteger los derechos de las PVVIH y grupos vulnerables, en algunos casos con asistencia del gobierno. Dos ONGs nacionales están específicamente monitoreando la discriminación hacia las PVVIH, y una de estas organizaciones (conjuntamente con una ONG que trabaja con derechos humanos) monitorea los abusos contra los HSH.

## E. Temas y Retos: Los grupos vulnerables

A pesar de que la Declaración de Compromiso exhorta a los gobiernos a tomar acciones para enfrentar la vulnerabilidad y a dar más servicios a los más vulnerables (ver recuadro 7), el estudio encontró que todavía existen grandes lagunas al respecto (ver recuadro 8).

Algunos países ofrecen pocos o ningún servicio a los grupos vulnerables. Por ejemplo:

- En Rumania, no hay recursos presupuestados por el gobierno para programas de prevención dirigidos a los grupos vulnerables.
- En Nepal, el gobierno, el sector privado y las ONGs nacionales han hecho muy poco por los grupos vulnerables.



STEVE HARVEY, ACTIVISTA DE LA LUCHA CONTRA EL SIDA QUIEN FUE ASESINADO EN JAMAICA EN EL 2005.

## RECUADRO 8

- ▶ Las trabajadoras sexuales, usuarios de drogas, HSH, y trabajadores sociales nos han proporcionado numerosos ejemplos documentando acoso y discriminación perpetuados sistemáticamente por las autoridades policiales en contra de los grupos vulnerables, agravando su estatus de marginalización y reforzando su negativa a utilizar los servicios de salud relacionados con el VIH, incluyendo el intercambio de jeringas. – *Rumania*
- ▶ Los grupos más vulnerables enfrentan obstáculos culturales, institucionales y legales que limitan su acceso a los servicios sociales y de salud, así como a intervenciones específicamente diseñadas para ellos. – *Rumania*
- ▶ La posición económica de Canadá no se ha reflejado adecuadamente en la reducción de la pobreza, aislamiento, marginalización y vulnerabilidad, en general, de muchas personas. Canadá no ha hecho progresos suficientes en lo que concierne a los factores de salud determinantes que hacen más vulnerables a las personas a la adicción, violencia y VIH. – *Canadá*
- ▶ Desafortunadamente, la mayoría de las ONG y otras organizaciones de desarrollo internacional indican que el estigma y la discriminación siguen siendo los principales obstáculos que impiden los esfuerzos exitosos de prevención y tratamiento – *Jamaica*

- En Jamaica, no existe legislación que proteja específicamente los derechos de los grupos vulnerables, de tal manera que en caso de necesitar alguna intervención judicial, ellos deben recurrir a las leyes generales y a los recursos disponibles para el resto de los ciudadanos.

En Rumania, mientras las organizaciones del sector comunitario han intentado acercarse a los grupos vulnerables al ofrecer servicios de atención y prevención – una actividad cónsona con la estrategia nacional – los entes gubernamentales, particularmente la policía mediante prácticas represivas como acoso y persecución, logran impedir que las personas en situación de riesgo puedan sacarle provecho a los mismos.

En otros países, o los servicios no están al alcance de una gran parte de las poblaciones vulnerables, o se han excluido grupos en específico. Por ejemplo:

- En Jamaica, el informe nos señala que los esfuerzos de prevención llegan a sólo un 10 por ciento de las mujeres, HSH, prisioneros y trabajadora(s) sexuales. Los refugiados y las personas que consumen drogas por vía intravenosa no son mencionados en la estrategia nacional. Sin embargo, en Jamaica se está haciendo un esfuerzo para resolver el problema de los trabajadores inmigrantes, especialmente tomando en cuenta que se está implementando el Mercado Económico Único del Caribe, lo que facilitará un mayor movimiento entre los ciudadanos de los países miembros.
- En Marruecos, no existen programas para inmigrantes, pero el Ministerio de Salud está conciente de la situación e incluirá uno en el Programa Nacional de Lucha contra el SIDA 2006-2010.
- En Irlanda, los inmigrantes, las personas que consumen drogas por vía intravenosa y la(o)s trabajadora(e)s sexuales no han sido suficientemente tomados en cuenta.
- La peor falla se encuentra en la implementación de políticas dirigidas a proteger y apoyar a huérfanos y niños y niñas vulnerables. Mientras éste grupo es identificado repetidamente en las estrategias nacionales de SIDA, el consenso general entre aquellos encuestados es que se necesita hacer mucho más en esta área. En Sudáfrica, hay que prestarle más atención a las necesidades de los niños y niñas, especialmente aquellos vulnerables en razón del VIH/SIDA. En Jamaica, los programas educacionales para niños y niñas han sido puestos en práctica por el sector comunitario y entes gubernamentales.

### Personas que viven con el VIH

Ninguno de los investigadores identificó algún obstáculo legal/formal que impida el acceso de las PVVIH a los servicios. De hecho, se han promulgado leyes y regulaciones no discriminatorias en todos los países (y todos los países son parte de diferentes tratados internacionales de derechos humanos). Esto resalta el hecho que la discriminación hacia las PVVIH es principalmente el resultado de creencias culturales y sociales.

En el Perú, las PVVIH son objeto de abusos de todo tipo lo que, en la mayoría de los casos, constituyen violaciones de sus derechos fundamentales teóricamente protegidos en las leyes nacionales (ver recuadro 9). En El Salvador, aun cuando las leyes laborales prohíben la exclusión de las PVVIH, éstas son objeto de discriminación cuando solicitan un trabajo o tratan de retenerlo, una vez que se sabe su estatus serológico. En El Salvador también se informó que una persona diagnosticada con VIH automáticamente pierde la oportunidad de tener acceso a créditos bancarios, debido a que estas instituciones requieren una prueba del VIH para acceder a sus servicios.

#### RECUADRO 9

- ▶ El país tiene un marco [legal] bastante amplio para la protección de los derechos humanos de las PVVIH, pero su implementación está comenzando y no existen herramientas de monitoreo. – *Perú*
- ▶ Las PVVIH frecuentemente pierden su trabajo o se les niegan servicios de salud por la ignorancia y el miedo alrededor del VIH/SIDA. Se estima que cerca del 60 por ciento de los trabajadores de la salud creen que las PVVIH deben permanecer aisladas de los otros pacientes. – *Nigeria*
- ▶ Casos sobre discriminación contra PVVIH abundan, pero sólo un caso legal ha sido identificado. Las razones dadas incluyen temor de la víctima a denunciar, desinterés y abusos del sector a cargo de aplicar las leyes y medios de comunicación insensibles. – *Jamaica*

#### RECUADRO 10

- ▶ Ninguna persona, incluyendo miembros de la sociedad civil, está utilizando los compromisos de la UNGASS para proteger a las mujeres. – *Serbia y Montenegro*
- ▶ Las creencias culturales siguen alimentando las desigualdades de género, lo que hace difícil la autonomía sexual, incluyendo la negociación para el uso del condón. Las mujeres jóvenes, en especial, presentan mayores índices de diagnóstico de SIDA que los hombres de la misma edad. – *Jamaica*

Las organizaciones del sector comunitario trabajan para proteger los derechos de las PVVIH de distintas maneras, y en algunos casos con la ayuda de sus gobiernos. Ciertas organizaciones monitorean la discriminación contra las PVVIH (o hacia los grupos más vulnerables). Otras ofrecen servicios en específico, como consejería y pruebas voluntarias, distribución de condones, manejo de crisis, apoyo y tratamiento psicosocial.

### Mujeres

Aun cuando la Declaración de Compromiso demanda la implementación de estrategias para promover el empoderamiento de las mujeres, los países incluidos en este estudio han dado muy pocos pasos en esa dirección (ver recuadro 10). Los investigadores revelaron que en Rumania, Perú, Marruecos, Nepal y Serbia y Montenegro el problema del empoderamiento de las mujeres o no ha sido tomado en cuenta o se ha ignorado completamente. En sólo uno de los países en vía de desarrollo en el estudio –El Salvador— el gobierno ha tomado ciertas medidas en concreto: los investigadores informaron que el gobierno ha desarrollado una estrategia para proteger y fortalecer la posición de la mujer. Sin embargo, en esa misma nación, las mujeres que viven con el VIH son sujetas a esterilización obligatoria en razón de su estatus serológico.

Los investigadores afirmaron que en tres países – Rumania, Nepal y Serbia y Montenegro – no hay servicios diseñados especialmente para mujeres o éstos son extremadamente limitados. En Rumania, existe una programa nacional de prevención de la transmisión materno-infantil (PTMH), pero no hay programas en específico que enfoquen la vulnerabilidad de las mujeres. En Marrueco, distintos departamentos gubernamentales han tomado algunas iniciativas destinadas a reducir la vulnerabilidad de la mujer a la infección del VIH.

Los investigadores en Nigeria señalan que prácticas perjudiciales ligadas al matrimonio (como matrimonios a muy temprana edad y la mutilación genital femenina) infringen los derechos humanos de las mujeres y contribuyen a incrementar la tasa de infección por el VIH entre mujeres y niñas. La práctica generalizada de circuncisión femenina o mutilación genital ponen a las mujeres en un mayor riesgo de contraer el VIH.

En Jamaica, de acuerdo a una institución que representa a un amplio grupo de organizaciones de mujeres, el gobierno ha fortalecido los marcos políticos y legales dentro del contexto de la Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW). La Convención promueve la igualdad de géneros, el empoderamiento de las mujeres y la reducción de los estigmas de aquellas infectadas con, o afectadas por, o en situación de riesgo de contraer, el VIH/SIDA.



INTÉRPRETE CULTURAL DE ETIOPÍA

## RECUADRO 11

- ▶ Los responsables de la elaboración de políticas y las autoridades ven a las trabajadoras sexuales como una molestia, en el mejor de los casos, o como unos criminales inmorales, en el peor. – *Rumania*
- ▶ La criminalización del trabajo sexual ha contribuido al estigma, aislamiento y violación de los derechos humanos de las trabajadoras/as sexuales. – *Sudáfrica*
- ▶ Como pasa con los HSH, los prejuicios y falta de interés representan enormes barreras sociales que impiden el éxito de los esfuerzos preventivos dirigidos a las trabajadoras sexuales. – *Jamaica*

## Trabajadora(e)s sexuales

El trabajo sexual es ilegal en la mayoría de los países que formaron parte de este estudio. Este estatus ilegal combinado con los altos niveles de estigmatización, han dado como resultado servicios limitados, desiguales o difíciles de acceder (ver recuadro 11).

Los ejemplos a continuación identifican algunos problemas señalados por los investigadores:

- El uso de condones por parte de las trabajadoras sexuales en Nigeria es bajo debido a su falta de conocimiento sobre la transmisión del VIH y a la reacción negativa de sus clientes masculinos.
- Sólo existe un programa dirigido a las trabajadoras sexuales en toda Rumania.
- En Jamaica, las prohibiciones legales y el sentimiento de vergüenza pública crean un ambiente de temor entre la(o)s trabajadora(e)s sexuales que les impide revelar su estatus serológico e incrementa su posible explotación. Adicionalmente, las restricciones financieras impuestas por USAID, que prohíben intervenciones para reducir el estigma del trabajo sexual, constituyen un obstáculo a la prevención efectiva del VIH.

Los gobiernos pierden una oportunidad para promover y proteger los derechos de la(o)s trabajadora(e)s sexuales al criminalizar sus actividades.



'KHOTE'/ TRABAJADORAS SEXUALES TRANSGÉNERO EN UNA ESTACIÓN DE CAMIONES



JÓVENES EN ETIOPIA DURANTE UNA ACTIVIDAD DE SENSIBILIZACIÓN

## Jóvenes

Todos los países estudiados tienen programas de prevención específicamente dirigidos a los jóvenes. Los investigadores en Honduras expresaron que la inversión en programas de prevención del VIH para jóvenes y adolescentes representa el mayor esfuerzo de sensibilización sobre VIH/SIDA en ese país. En otras naciones, como Rumania, aun cuando los jóvenes que viven en zonas rurales son identificados como un grupo que debe incluirse en la estrategia de prevención, nada se ha hecho para mejorar su acceso a condones.

Sin embargo, existen obstáculos considerables que impiden el acceso de los jóvenes a estos servicios, incluyendo las siguientes:

- En ciertos países, la información sobre sexualidad es inexistente o muy limitada, en particular en el pensum escolar.
- El consentimiento o permiso de los padres o representantes es requerido antes que los menores puedan recibir la prueba del VIH o servicios de prevención y/o tratamientos.
- Aun cuando los jóvenes están jugando un rol más activo en la respuesta, muchos de los esfuerzos para llegar a ellos están liderados por personas mayores.
- Existe un sentimiento de ignorancia entre los jóvenes; muchos de ellos no identifican al VIH/SIDA como una de sus preocupaciones.

## Hombres que tienen sexo con hombres

El tema de la orientación sexual fue parcialmente analizado por los investigadores. Algunos indicaron que sus estrategias nacionales de SIDA combinan en una categoría a los HSH, transgéneros, y trabajadores sexuales (ver recuadro 12). En otros países, como Jamaica, los investigadores destacaron que la intimidación sexual entre personas del mismo género se considera un delito, así que ofrecer servicios a la comunidad de HSH representa un reto difícil para el Ministerio de Salud: investigaciones independientes indican que los HSH son el grupo más vulnerable en Jamaica, pero que la homofobia (y los obstáculos jurídicos) hacen difícil diseñar y ofrecer servicios para ellos.

En Canadá, la discriminación basada en la orientación sexual está prohibida en todas las jurisdicciones del país. En El Salvador, algunos HSH señalan que se les ha solicitado que cambien sus comportamientos debido a que estos van en contra de los “principios de Dios”.

El tema de los HSH no es abordado en todos los informes. Aun cuando en Serbia y Montenegro sólo el 15 por ciento de los casos reportados fueron identificados como HSH y estos no son considerados como un grupo de “alto riesgo” en la estrategia de SIDA, se han implementado algunos programas de acercamiento y prevención (educación entre pares y distribución de condones y lubricantes).

### RECUADRO 12

- Las tasas de infección y prevalencia entre HSH están ocultas porque los trabajadores sexuales (masculinos) y los HSH están consolidados en un mismo grupo. – Perú

### RECUADRO 13

► Las políticas sobre drogas consisten, casi exclusivamente, en que las autoridades obligan a las personas que consumen drogas al aislamiento, y no a los servicios educativos y preventivos del VIH. – Rumania

Para la mayoría, el estigma asociado con el reconocimiento de la actividad sexual entre personas del mismo género (particularmente entre hombres) conlleva a la no identificación de los HSH y los dejan sin mensajes ni servicios particulares o diferenciados.

### Personas que consumen drogas por vía intravenosa

El consumo de drogas es ilegal en todos los países encuestados. La mayoría de los investigadores señalaron que la ilegalidad del consumo de drogas — cuando se combina con (a) el estigma asociado con el consumo y (b) las acciones represivas por parte de los organismos de seguridad — limitan dramáticamente el acceso a los servicios básicos de salud (ver recuadro 13).

Mientras que por un lado, los programas de salud del sector comunitario han tratado de atraer a los más vulnerables al ofrecerles servicios de prevención y atención — una actividad cónsona con las estrategias nacionales — por el otro lado, los actores estatales, particularmente las prácticas represivas de la policía, disuaden a las personas en situación de riesgo a sacarle provecho a estos servicios. Por ejemplo, en Rumania, mientras que la estrategia nacional contra las drogas reconoce el impacto positivo de los programas de reducción de daño — debido en gran parte a las presiones del sector comunitario— no existen acuerdos institucionales que apoyen estas iniciativas.

En la mayoría de los países encuestados, los servicios de reducción de daño — incluyendo el intercambio de jeringas y los programas de sustitución — o no existen o son extremadamente limitados (particularmente fuera de las principales zonas céntricas). Por ejemplo:

- En Rumania, los programas de intercambio de jeringas cubren menos del 10 por ciento de las personas que consumen drogas por vía intravenosa en Bucarest, y no existen programas similares fuera de la capital. Aun cuando las agujas y las jeringas esterilizadas están disponibles en las farmacias y no se necesita prescripción para su adquisición, la mayoría de éstos establecimientos se niegan a venderlas a las personas que consumen drogas.
- En Serbia y Montenegro, sólo hay una ONG trabajando en el área de reducción de daño. Existen programas de intercambio de jeringas en tres ciudades. Las farmacias en pueblos más pequeños se niegan a vender agujas o jeringas.
- Sólo dos provincias en Indonesia ofrecen programas de sustitución de drogas.
- En Irlanda, los servicios para las personas que consumen drogas están sobresaturados y están ubicados principalmente en la capital, Dublín.

## F. Temas y retos: El acceso a los servicios

### Tratamiento

Aun cuando en los últimos años ha habido una mejora en el acceso a las terapias con antirretrovirales (ARVs) en todos los países en desarrollo incluidos en este estudio, todavía esto no es suficiente como para salvar los millones de vidas que se necesitan. En algunos casos, sin embargo, los avances han sido significativos. Por ejemplo:

- En Perú, el mayor avance en la respuesta nacional al VIH/SIDA ha sido en el área de acceso a los ARVs. La cobertura está alrededor del 70 por ciento de la meta.
- En Serbia y Montenegro, el gobierno garantiza el acceso a todo aquel que califica.
- En Jamaica, gracias a recursos provenientes principalmente del Fondo Mundial, el acceso a ARVs ha mejorado.

Sin embargo, donde los gobiernos se han comprometido a suministrar ARVs a todas las PVVIH que los necesitan, la falta de financiamiento muchas veces impide el cumplimiento de tal compromiso. A menudo, el acceso está limitado a los que viven en la capital o en las zonas urbanas. Las políticas represivas hacia las personas que consumen drogas, trabajadora(e)s sexuales, y otros grupos vulnerables impiden al acceso a tratamientos y a otros servicios. Sistemas de salud inadecuados, el estigma y la discriminación, y la falta de medicamentos en cantidades suficientes para tratar las infecciones oportunistas son obstáculos adicionales al acceso a tratamientos (ver recuadro 14). Por ejemplo, aun cuando el acceso a ARVs ha mejorado en Honduras, los medicamentos sólo están disponibles para un 10 por ciento de las PVVIH que los necesitan. Los investigadores en distintos países han identificado los siguientes retos y barreras en relación al acceso universal a ARV:

- En general, los ARVs están disponibles en número limitado en las instalaciones de los sistemas de salud. El costo del transporte puede ser prohibitivo, especialmente para las personas que viven en zonas rurales.
- La información y consejería sobre ARVs es insuficiente.
- El personal médico no está lo suficientemente entrenado en el manejo de ARVs. A menudo no hay entrenamiento obligatorio al respecto en los programas de educación continua sobre VIH/SIDA.
- El estigma y la discriminación hacia las PPVIH y miembros de los grupos vulnerables (incluyendo en las mismas instalaciones del sistema de salud) impiden el acceso.
- Los recursos no son suficientes para garantizar el acceso universal. Es más, la falta de compromiso en relación al financiamiento a largo plazo significa que la sostenibilidad de los programas de ARV no está garantizada.
- Las infraestructuras que sostienen los tratamientos con ARVs son insuficientes.
- Las pruebas diagnósticas son costosas y frecuentemente dicho costo corre por cuenta del paciente.
- La disponibilidad de los equipos de diagnóstico es limitada.
- Los adolescentes necesitan ser acompañados por un representante legal para lograr el acceso a los ARVs.
- Existen problemas en la compra, almacenamiento y distribución de los medicamentos.
- Existe un número insuficientes de trabajadores de la salud para manejar el número de pacientes que requieren tratamientos.
- Los tratados de libre comercio frecuentemente restringen el acceso debido a las estipulaciones “ADPIC+”<sup>3</sup> que han sido incluidas en los mismos.
- Los nuevos ARVs no están disponibles, y/o sólo un número limitado de ARVs se consiguen.

#### RECUADRO 14

- ▶ El proceso para obtener tratamiento gratis disuade a aquellos que sienten vergüenza y estigma cuanto tienen que reconocer su precaria situación financiera. – *Jamaica*
- ▶ Actualmente, muy pocos Nigerianos tienen acceso a programas básicos de prevención, atención, apoyo, y tratamientos. Se estima que cerca de 500.000 personas necesitan ARVs, pero sólo 17.000 los están recibiendo de los programas gubernamentales. – *Nigeria*

3. Esto se refiere a la práctica de darle mayores protecciones a las patentes de medicinas de marcas comerciales que las indicadas por el Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC).

#### RECUADRO 15

- ▶ El acceso a los servicios de prevención del VIH está limitado por el costo y por la situación de las personas sin documentación legal. Otras barreras incluyen el analfabetismo, la desigualdad de géneros y el estigma alrededor de las ITS. – Perú
- ▶ El Ministerio de Salud ha desarrollado mensajes específicos para los jóvenes, las mujeres en general y las mujeres embarazadas, pero los mensajes para los HSH o para las trabajadoras sexuales no existen. – Jamaica

Si bien mucha atención se ha enfocado en los ARVs, el acceso a tratamientos para infecciones oportunistas sigue siendo limitado en muchos países. En Jamaica, por ejemplo, los investigadores informan que el acceso a estos tratamientos ha disminuido debido a las restricciones financieras. Con la excepción de un sólo antibiótico, cuyo costo lo cubre el gobierno, las medicinas y los gastos médicos son responsabilidad del paciente. Por esta razón, muchas personas acuden a recibir los tratamientos para las infecciones oportunistas sólo cuando están gravemente enfermas.

#### Prevención

Ninguno de los países estudiados está diseñando o implementando servicios de prevención integrales e incluyentes. Los gobiernos no desarrollan servicios específicos para llegar a los grupos más vulnerables y a las comunidades en mayor situación de riesgo. En algunos casos existen barreras legales que impiden la provisión de servicios precisamente a aquellos grupos que han sido identificados como los más vulnerables a nuevas infecciones (ver recuadro 7). En algunos casos, la información precisa sobre el VIH, con basamento en evidencias, no está disponible y la que se consigue, presenta distintos enfoques y no un paquete integral de opciones de prevención. Adicionalmente, existen leyes y condiciones impuestas por los donantes que restringen o criminalizan el uso o promoción de condones masculinos o femeninos, equipos esterilizados de inyección, y terapias de sustitución (ver recuadro 15).

En Indonesia, Honduras, El Salvador, Jamaica, Nigeria, Perú, Rumania, Marrueco y Nepal, los condones masculinos están disponibles pero existen problemas significativos en su acceso, calidad y costo. Otras tecnologías de prevención, como los condones femeninos, son menos accesibles, no existen o en caso de conseguirse son muy costosos. En Nepal, los equipos esterilizados de inyección están disponibles en todas



'CAFÉ SALUD' CAMBIEMOS COMO MIRAMOS AL SIDA

las farmacias. En Sudáfrica, el gobierno produce condones masculinos con el fin de lograr su 'aceptación social' (el uso se ha incrementado de 33 millones a 45 millones). También, el gobierno de Sudáfrica ha incrementado el financiamiento de condones femeninos.

En Canadá, en teoría, todas las herramientas de prevención están disponibles y son accesibles, excepto en las prisiones donde las políticas institucionales prohíben el acceso a jeringas esterilizadas y en algunos casos condones (Marruecos presenta una situación similar). En la práctica, las poblaciones más vulnerables en Canadá (jóvenes, comunidades indígenas, refugiados, mujeres traficadas y trabajadoras sexuales) tienen un acceso bastante irregular a las herramientas de prevención. En Nigeria, la práctica ampliamente difundida, comprobada y aceptada de realizar el despistaje del VIH en caso de transfusiones de sangre no es empleada. En ese país las transfusiones son responsables del 10 por ciento de todas las infecciones por el VIH y no existe un sistema coordinado nacional de suministro de sangre.

### **Consejería y Prueba Voluntarias (CPV)**

Aun cuando los servicios de consejería y pruebas voluntarias están disponibles en todos los países estudiados, el acceso a estos servicios es muchas veces limitado debido a que se realizan/ofrecen en muy pocos lugares en las ciudades más grandes. La mayoría de los investigadores informan que si bien el número de centros de prueba ha aumentado, es difícil determinar cómo la consejería también ha incrementado. Muchos de los investigadores expresan que a nivel de políticas, las pruebas siguen siendo voluntarias, pero que en muchos casos estas son realizadas sin el consentimiento y, en algunas ocasiones, sin el conocimiento de las personas (ver recuadro 16).

El miedo a que se viole la confidencialidad tiene un efecto disuasivo en las personas y les impide realizarse la prueba. Las políticas en papel no siempre se traducen en procesos fáciles de entender o en comportamientos adecuados por parte de los trabajadores de la salud.

En la práctica, es difícil determinar hasta que punto las pruebas de VIH van acompañadas de consejería antes y después de las mismas. Los investigadores en Rumania informan que las pruebas de VIH casi nunca van acompañadas de consejería. En Indonesia, si bien se hizo un gran esfuerzo para entrenar a los consejeros, muy pocos están ofreciendo sus servicios. En Serbia y Montenegro, sólo hay cuatro centros [de servicios de CPV].

En muchos países, las pruebas para mujeres embarazadas, como un componente de la atención prenatal, son obligatorias.

#### **RECUADRO 16**

- ▶ A los pacientes se les hizo la prueba sin su consentimiento informado, porque se pensó que no estaban bien preparados y que sería muy doloroso conversar con ellos acerca de la posibilidad de estar infectado con VIH. – *Indonesia*
- ▶ La capacidad para desarrollar un programa de consejería adaptado a los distintos comportamientos y las diversas identidades de género está aún en sus primeras etapas. – *Perú*

A continuación presentamos una lista de las principales recomendaciones, basadas en las conclusiones de los informes de los países, sobre las acciones que deberían tomarse para asegurar que las metas de la Declaración de Compromiso sean alcanzadas

### **Nivel de conocimiento y uso de la Declaración de Compromiso**

- 1. Mayor acceso a la información:** Para que las comunidades puedan responder efectivamente, lo que es un indicador clave para medir una respuesta nacional exitosa, es necesario que entiendan los instrumentos y herramientas internacionales que pueden utilizar en intervenciones a nivel nacional o local. Los actores interesados a nivel nacional, con apoyo de ONUSIDA, deben garantizar que la Declaración de Compromiso esté disponible en escuelas y bibliotecas públicas. Se necesita invertir recursos para traducir el contenido de la Declaración en un lenguaje simple de entender y orientado a la acción. Las organizaciones del sector comunitario deben desarrollar una campaña coordinada para crear conciencia y explicar el contenido de la Declaración de Compromiso (así como el de otras herramientas internacionales).
- 2. Mejorar el monitoreo y evaluación (M&E):** La mayoría de los países encuestados no informaron acerca del cumplimiento de los compromisos específicos contenidos en la Declaración. Esto se debe, quizás, al hecho que no se han desarrollado los sistemas de monitoreo y evaluación necesarios para medir el cumplimiento de los mismos. Los sistemas de M&E deben ser desarrollados tomando en consideración las características de la epidemia en cada país y deben incluir indicadores que midan el estigma y la discriminación, el acceso a los servicios por las personas más vulnerables, la desigualdad de géneros, la coinfección por VIH y tuberculosis (donde sea relevante), la calidad de los servicios, particularmente consejería y pruebas voluntarias, y las herramientas y los mensajes de prevención, tratamientos y atención.

### **Liderazgo y participación del sector comunitario**

- 1. Compromiso al acceso universal:** Los gobiernos deben comprometerse a lograr el acceso universal a intervenciones de prevención, cuidados y tratamientos para el VIH/SIDA a través de un plan de acción estratégico que contenga tanto metas numéricas interinas y finales a nivel mundial y nacional, como una asignación clara de las responsabilidades de los gobiernos, de las agencias multilaterales, de los donantes y del sector comunitario.

2. **Financiamiento de la respuesta:** Los gobiernos deben suministrar los recursos financieros necesarios para la implementación oportuna de sus estrategias nacionales relacionadas con el SIDA. Al mismo tiempo, los gobiernos deben hacerle seguimiento a la manera como esas estrategias son implementadas a través de un monitoreo y evaluación frecuente.
3. **Fortalecimiento de las respuestas comunitarias:** Los gobiernos y otros actores interesados deben invertir considerablemente en el sector comunitario con el fin de fortalecer la capacidad de sus organizaciones y lograr que estas puedan cumplir sus funciones relacionadas con la respuesta al SIDA. Las estrategias nacionales de lucha contra el SIDA deben fortalecer el suministro de intervenciones de prevención, tratamiento, atención y apoyo a nivel comunitario e incorporarlos dentro de sus planes nacionales de salud.
4. **Apoyo de ONUSIDA:** ONUSIDA y sus patrocinantes deben apoyar de manera más enérgica al sector comunitario a nivel nacional. Esto incluye realizar acciones de incidencia política para lograr la participación adecuada del sector comunitario en las estructuras gubernamentales e instituciones del estado, y para apoyar la participación de las personas que viven con el VIH y miembros del sector comunitario en la evaluación de programas y políticas.
5. **Participación:** Los gobiernos deben garantizar que la respuesta al VIH/SIDA sea verdaderamente multisectorial y deben tomar las medidas que sean necesarias para mejorar la coordinación de los actores interesados. Los gobiernos deben involucrar al sector comunitario incluyendo, pero no limitado a, las personas que viven con el VIH (PVVIH) y representantes de los grupos vulnerables, en la planificación y diseño de los programas nacionales de SIDA, en los planes de recursos humanos y del sector de la salud, en la implementación de programas, en el suministro de servicios, cabildeo y en el monitoreo, evaluación y preparación de informes.
6. **Auto selección:** Los representantes del sector comunitario deben ser seleccionados a través de procesos democráticos y transparentes dirigidos por ellos mismos.
7. **Informes sombra del sector comunitario:** El sector comunitario, además de participar en los procesos de preparación de los informes del gobierno, debe desarrollar informes sombra o paralelos sobre la implementación de la Declaración de Compromiso. De esta manera, el sector comunitario estaría habilitado para exigir su participación en los procesos de monitoreo, evaluación y preparación de informes liderados por el gobierno. ONUSIDA debe dar un mayor apoyo al sector comunitario en el desarrollo de herramientas de monitoreo y evaluación relacionadas con la Declaración.

## **Derechos humanos y grupos vulnerables**

1. **Lucha contra los abusos en materia de derechos humanos:** Los gobiernos y otros actores interesados deben reconocer que la violación de los derechos humanos es tanto el principal catalizador como la mayor consecuencia de la epidemia. El enfrentar esos abusos inmediatamente debe ser un elemento esencial de la respuesta al SIDA por parte de los donantes y los gobiernos.

2. **Lucha contra el estigma y la discriminación:** Los gobiernos y otros actores interesados deben enfrentar el estigma y la discriminación de una manera más agresiva. El estigma y la discriminación son los principales obstáculos que impiden el acceso universal a los servicios de prevención, atención, tratamientos y apoyo.
3. **Mejorar el conocimiento sobre los derechos:** Los gobiernos y otros actores interesados deben diseñar e implementar programas para educar a sus poblaciones acerca de las leyes y políticas que consagran sus derechos. La mayoría de las personas no entienden que tienen derechos y no conocen los mecanismos legales disponibles para proteger y hacer cumplir los mismos.
4. **Hacer cumplir las leyes:** Los gobiernos y otros actores interesados deben revisar y garantizar la implementación de las leyes y políticas existente. Cuando sea necesario, los gobiernos deben adoptar leyes y políticas adicionales y establecer mecanismos efectivos que apoyen la igualdad de géneros y la no-discriminación de las personas que viven o están afectadas por el VIH/SIDA, así como de aquellos que son especialmente vulnerables a la infección por el VIH, incluyendo hombres que tienen sexo con hombres, trabajadora(e)s sexuales, personas que consumen drogas por vía intravenosa, prisioneros y poblaciones migrantes.
5. **Abolición de leyes y condiciones:** Los gobiernos y los donantes deben remover leyes y condiciones que restrinjan o penalicen el uso o promoción de productos y servicios pertinentes al VIH incluyendo, pero no limitado a, condones masculinos y femeninos, equipos esterilizados de inyección y terapias de sustitución. Los gobiernos deben abolir leyes y políticas que criminalicen ciertos comportamientos u oficios, como el consumo de drogas, el sexo entre personas del mismo género y el trabajo sexual.
6. **Aumento del financiamiento:** Los gobiernos y donantes deben incrementar el financiamiento de programas que busquen la eliminación de los abusos de los derechos humanos de las personas que viven con el VIH o tienen un alto riesgo de contraerlo, VIH –incluyendo la violencia sexual y la basada en géneros, la discriminación, y la violación del derecho a obtener información plena y veraz sobre atención, tratamientos y prevención del VIH/SIDA.
7. **Necesidades de prevención para mujeres:** Para poder enfrentar la desigualdad y la vulnerabilidad de las mujeres, los mensajes de prevención deben ser redefinidos para hacerlos más adecuados a las vidas y realidades de mujeres y hombres, niñas y niños. Las mujeres necesitan métodos de prevención que ellas puedan controlar — por ejemplo, un mayor acceso a condones femeninos. Las organizaciones del sector comunitario deben hacer un trabajo más sistemático de cabildeo para lograr un mayor compromiso en el desarrollo de un microbicida que esté disponible ampliamente y sea distribuido gratuitamente.

### **Acceso a servicios**

1. **Obstáculos que impiden el acceso:** Los gobiernos deben eliminar las políticas y prácticas que impiden el acceso universal a las intervenciones de prevención, tratamientos y atención, incluyendo aquellas que discriminan debido a la residencia o ciudadanía, edad, género, sexualidad, ocupación, empleo, comportamientos riesgosos, estatus de salud, y raza o etnicidad.

2. **Eliminación de los cargos a los usuarios:** Los gobiernos deben asegurar que el acceso a un paquete integral de servicios relacionados con el VIH/SIDA no dependa, de ninguna manera, de la posibilidad que tenga el usuario de pagarlo. Particularmente, los cargos a los usuarios deben ser eliminados cuando estos tengan la potencialidad de limitar el acceso a esos servicios.
3. **Fortalecimiento de los recursos humanos:** Los gobiernos deben implementar políticas y estrategias para atraer, retener y entrenar a los trabajadores de la salud, lo que sigue siendo un reto formidable del sector de la salud pública. Si no se resuelven los aspectos críticos de los recursos humanos y el sector salud – incluyendo las precarias condiciones de trabajo, los bajos salarios, las preocupaciones acerca de las perspectivas y opciones profesionales, la falta de incentivos y el reclutamiento internacional de trabajadores de la salud —los programas de salud se verán afectados.
4. **Respuesta a las necesidades inmediatas y futuras:** Una respuesta integral debe tomar en cuenta tanto el compromiso de lograr el acceso universal a las intervenciones de prevención, tratamientos y atención que existen hoy en día, como el desarrollo, con la misma urgencia, de mejores herramientas – medicinas, tecnologías para el diagnóstico y la prevención, principalmente vacunas y microbicidas – para el futuro.
5. **Acceso a la información:** Los actores interesados deben tomar las acciones necesarias para garantizar el derecho a una información plena, veraz y basada en evidencias, en materia de servicios de tratamiento, atención y prevención del VIH/SIDA. Esto incluye el desarrollo y mejora de programas educativos de salud dirigidos a las personas que viven con VIH/SIDA, particularmente en lo concerniente a la prevención, manejo y tratamiento de los primeros síntomas asociados con el VIH. La educación sexual debe ser obligatoria.
6. **Optimización de los programas de consejería y pruebas de VIH:** Los programas de consejería y pruebas voluntarios y confidenciales para el VIH deben ser aumentados y fortalecidos. Los gobiernos y otros actores interesados deben promover el derecho de cada individuo a conocer su estatus de VIH, recibir información médica veraz sobre el VIH y SIDA, y obtener servicios de pruebas y consejería que estén disponibles de manera inmediata y sean asequibles. Los programas de pruebas de VIH deben permanecer voluntarios, y deben incluir la consejería, el consentimiento informado y la protección de la confidencialidad.
7. **Servicios para mujeres:** Las organizaciones del sector comunitario deben hacer acciones de cabildeo para mejorar los servicios de consejería y grupos de apoyo que reflejen las realidades de las mujeres afectadas por el VIH/SIDA.
8. **Asegurar el uso de las flexibilidades del ADPIC:** Los países con recursos limitados deben comprometerse a emplear las flexibilidades ofrecidas en el Acuerdo de la OMC sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) para asegurar el abastecimiento sostenible de medicinas y otras tecnologías esenciales de salud a precios asequibles. Los países desarrollados deben comprometerse a no continuar presionando a los países con recursos limitados que quieran utilizar tales alternativas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) debe desarrollar unas directrices operacionales para asistir a los países en la implementación de estos compromisos.



Los perfiles de los países incluidos en esta sección fueron preparados por el equipo de ICASO, respetando el lenguaje y estilo utilizado por cada uno de los investigadores. Estos están basados solamente en la información proporcionada por los investigadores (con excepción de los indicadores demográficos que fueron tomados del Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA del 2006)

La mayoría de los perfiles han sido divididos en cinco secciones. Algunos de los informes nacionales no abordaron todas las secciones. Las secciones son: los indicadores demográficos; la respuesta a la epidemia (por parte del gobierno y por parte de las organizaciones del sector comunitario); la política nacional sobre VIH/SIDA y su implementación (acceso a tratamientos, atención y apoyo, prevención, grupos vulnerables y consejería y pruebas voluntarias); el monitoreo y la evaluación; y las lecciones aprendidas y recomendaciones.

# PERFIL DEL PAÍS: CAMERÚN

Tomado del informe de LUKMEF - Camerún

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	16.322.000
ESPERANZA DE VIDA - HOMBRES . . . . .	50
ESPERANZA DE VIDA - MUJERES . . . . .	51
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	510.000 [460.000 – 560.000]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON VIH. . . . .	290.000 [260.00 – 310.000]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH DE 15 A 49 AÑOS . . . . .	5,4%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	46.000 [36.00 – 55.000]

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

En Camerún, la principal estructura que coordina la lucha contra el VIH/SIDA es el Comité Nacional de Control del SIDA (NACC, por sus siglas en inglés), el cual fue creado en 1986. En el 2002, Camerún elaboró un plan a cinco años para combatir el VIH/SIDA. El plan fue dividido en las siguientes áreas: prevención, tratamiento y apoyo psicológico. En el área de prevención, el gobierno ha adoptado un enfoque descentralizado y multisectorial al delegar algunas de las responsabilidades del NACC a los Grupos Técnicos Provinciales, los cuales crearon los Comités Locales de Control del SIDA, que son las entidades de respuesta comunitaria creadas por el NACC y compuestas por miembros de las comunidades.

Aun cuando la intención subyacente de la descentralización fue involucrar a las comunidades, éste compromiso no ha sido llevado a la práctica de manera adecuada. El personal de los Grupos Técnicos recibe entrenamiento sólo por dos días y luego se les promete financiamiento del gobierno. La falta de entrenamiento y el incumplimiento de los incentivos financieros prometidos, en vez de los compromisos adquiridos en cuanto a la lucha contra el SIDA, reducen significativamente la efectividad de los proyectos.

### Sector Comunitario

Las asociaciones de mujeres y los grupos de desarrollo vecinal que, en teoría, están en una mejor posición para trabajar en sus propias comunidades, no han sido totalmente aprovechados. Aun cuando la estructura descentralizada, teóricamente, debería tomar en cuenta la participación de los grupos comunitarios, lo cierto es que ésta no se ha logrado totalmente.

Apartando las organizaciones de base, existen más de 6.000 ONGs en Camerún que trabajan con el gobierno en la lucha contra el SIDA. Mientras las ONGs están involucradas activamente en el trabajo para reducir la epidemia, la coordinación entre éstas y los entes gubernamentales no ha sido bien regulada. El gobierno ve generalmente a las ONGs como competidores y no como aliados.

## 3. POLÍTICA NACIONAL SOBRE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamientos, atención y apoyo

El acceso a las pruebas y a tratamiento por parte de las poblaciones rurales sigue siendo pobre y costoso. La falta de centros de pruebas y tratamiento en áreas rurales, conjuntamente con la pobreza, analfabetismo e ignorancia sobre el VIH/SIDA, están alimentando la epidemia en esas zonas rurales del Camerún. Como las pruebas y tratamientos no son gratis en el Camerún, el dinero que termina en los “bolsillos” privados que suministran tales servicios ha aumentado considerablemente.

En la actualidad, sólo hay 24 centros de tratamiento en el país y los mismos están ubicados mayoritariamente en zonas urbanas. La población urbana que no tiene acceso a los tratamientos, o no los puede pagar, recurren a la medicina tradicional. En las áreas urbanas, el tratamiento puede costar hasta 13 US\$ dólares, mientras que en las áreas rurales el precio puede elevarse hasta 50 US\$ dólares (incluyendo el transporte).

Los cuidados paliativos están todavía en sus primeras etapas (sólo llegan a menos del 20% de las personas que los necesitan). Esto se debe principalmente a la falta de personal calificado. Igualmente, la falta de regulación y la poca concientización de las personas encargadas de la toma de decisiones

acerca de estos servicios, su importancia y la necesidad de su ampliación obstaculizan los esfuerzos de expansión de los cuidados paliativos.

### **Prevención**

De acuerdo con la información obtenida de algunos informantes claves, cerca del 40% de los entrevistados usan regularmente condones masculinos. El uso de condones femeninos es extremadamente limitado debido a la falta de disponibilidad.

### **Grupos vulnerables**

**Mujeres:** La vulnerabilidad de las mujeres en el Camerún, en relación al VIH, sigue siendo el mayor reto de la estrategia nacional. Algunas consideraciones de género, específicamente la dependencia económica de las mujeres en relación al hombre, no fueron atendidas adecuadamente en el último plan. El fracaso en desarrollar estrategias que consideren los factores socioeconómicos que hacen que las mujeres sean más vulnerables a la infección del VIH ha traído como consecuencia que la tasa de infección del VIH en las mujeres haya aumentado. En algunas provincias, la tasa es de 11.9 por ciento (en comparación con el promedio nacional de 5.5 por ciento).

## **4. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

La escasa participación de las comunidades locales y su falta de comprensión del contexto general, hacen que el monitoreo y evaluación, a ese nivel, sea difícil. En el Camerún no se intercambia la información ni los resultados de los programas, lo que hace que el aprendizaje y la duplicación de las “prácticas óptimas” de la lucha contra el VIH/SIDA sea difícil. Adicionalmente, el plan nacional de SIDA no establece ni metas ni una estrategia de monitoreo que sea transparente, comprobable y accesible.

## **5. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES**

Aun cuando el gobierno del Camerún ha desarrollado un marco teórico integral para combatir la epidemia del SIDA, su implementación práctica ha encontrado trabas, tales como:

- una gerencia poco transparente de los fondos;
- un sistema pobre de monitoreo y preparación de informes
- altos niveles de corrupción;
- ausencia de un centro de recursos para el VIH;
- fallas en la participación del sector comunitario; y
- pocos recursos presupuestados para el VIH/SIDA

Los principales problemas que afectan la implementación de las políticas sobre VIH/SIDA son la falta de transparencia, de objetividad y de asignación de responsabilidades. El gobierno ha diseñado excelentes programas, que si son implementados tal como fueron concebidos podrían reducir la propagación del virus y mejorar las vidas de aquellos infectados. Los resultados en la lucha contra el SIDA se han visto menoscabados por la falta de sistemas de monitoreo transparentes y participativos, así como por la falta de enjuiciamiento en los casos de corrupción, abusos y malversación en el contexto del VIH/SIDA.

A nivel del sector comunitario, la falta de mecanismos estructurados de monitoreo y preparación de informes ha hecho que el intercambio de las lecciones aprendidas y de las mejores prácticas sea difícil. Esto hace que, en muchos casos, se dupliquen esfuerzos y se malgasten los escasos recursos que se tienen para responder eficientemente a la epidemia.

Para superar tales desafíos, se deben tomar en cuenta las siguientes recomendaciones:

- Las pruebas para detectar el VIH deben ser gratis y accesibles;
- Debe haber una mayor promoción de medicamentos antirretrovirales genéricos;
- Se le debe dar a las ONGs, y a las organizaciones vecinales, la oportunidad de participar, en igualdad de condiciones, en la prestación de servicios esenciales de tratamiento, atención y prevención;
- Al ser la pobreza la raíz de la epidemia en el país, deben implementarse más programas que ayuden a aliviarla;
- Se deben implementar programas que tomen en cuenta aspectos relacionados con el género; y
- Se debe crear un centro nacional de VIH/SIDA de monitoreo y evaluación, información, y documentación que actúe como un ente vigilante de la implementación de la estrategia nacional, y que facilite la creación de una respuesta más unificada.

# PERFIL DEL PAÍS: CANADÁ

Tomado del informe de la AIDS Calgary Awareness Association

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	32,268,000
ESPERANZA DE VIDA - HOMBRES . . . . .	78
ESPERANZA DE VIDA - MUJERES . . . . .	83
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	60,000 [48,000 – 72,000]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	9,600 [7,700 – 12,000]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH DE 15 A 49 AÑOS . . . . .	0.3%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	< 1,000

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

En general, se observa poco liderazgo político en relación al VIH/SIDA, tanto a nivel doméstico como internacional. La mayoría de las referencias que se hacen sobre la epidemia se realizan en el contexto de anuncios de financiamiento. Canadá no tiene un Consejo Nacional de SIDA; sin embargo, existen varios comités nacionales de VIH/SIDA que podrían tomar el puesto de tal consejo. El Plan de Acción sobre VIH/SIDA vigente, definido en dos documentos, ofrece una oportunidad para que todos los entes y organizaciones involucradas en VIH/SIDA en el país se reúnan en un esfuerzo nacional mucho mayor. Las metas del Plan de Acción incluyen: involucrar a las personas que viven con VIH en los programas y servicios que afectan sus vidas; prevenir la infección; asegurar el acceso a tratamientos, atención y apoyo; y proveer liderazgo.

### Sector comunitario

El sector comunitario ha sido instrumental en la estructuración de la Iniciativa Federal Canadiense, al abogar por financiamiento adecuado y al participar significativamente en el desarrollo del Plan de Acción. En 1998, cuando la Estrategia Canadiense de VIH/SIDA (CSHA, por sus siglas en inglés) fue estructurada, Health Canada reconoció que no podía resolver los problemas sin ayuda. Desde el año 2000, la sociedad civil ha participado en una serie de consultas y comités con el fin de desarrollar el Plan de Acción. La mayoría de los grupos del sector comunitario tiene conocimiento de la Declaración de Compromiso, pero sólo unos pocos la están utilizando como herramienta de trabajo.

## 3. POLÍTICA NACIONAL SOBRE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamientos, atención y apoyo

Aun cuando Canadá ha consagrado los principios necesarios para proveer el acceso a tratamientos y atención, su puesta en práctica ha presentado dificultades. Existen inconsistencias importantes en relación al acceso a tratamientos, sobre todo desde el punto de vista geográfico y en las sub-poblaciones, como resultado de la marginalización de ciertos grupos. Las PVVIH en Canadá no siempre tienen acceso a la información que necesitan para entender las terapias con ARV y sus efectos secundarios. También existen marcadas diferencias en relación al acceso a tratamientos de ciertos grupos. En áreas urbanas es mucho más fácil obtener información de manera confidencial que en áreas rurales. La situación es aún peor en las poblaciones aborígenes, ya que no hay ningún ente jurisdiccional que asegure el acceso a tratamientos de los aborígenes que no se encuentren en las reservaciones.

En general, Canadá carece de estrategias para suministrar tratamientos, e información sobre los mismos, de manera confidencial, así como cultural y lingüísticamente pertinentes, para los distintos grupos de personas que viven con el VIH/SIDA.

### Prevención

En teoría, todas las herramientas de prevención del VIH (por ejemplo, condones masculinos y femeninos, lubricantes, jeringas esterilizadas, y terapias de sustitución con metadona) están disponibles y son accesibles en Canadá, con la excepción de las prisiones, donde las políticas institucionales prohíben el acceso a jeringas esterilizadas y, en algunos casos, condones. En la práctica, incluso fuera de las prisiones, las poblaciones más vulnerables (jóvenes, comunidades

de aborígenes, pequeñas comunidades rurales, refugiados, y mujeres traficadas) tienen un acceso irregular a estas herramientas de prevención. Las iniciativas de prevención han estado principalmente lideradas por organizaciones comunitarias que trabajan directamente con las poblaciones vulnerables. La mayoría de los mensajes de prevención en Canadá están dirigidos a los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), hombres gay y personas que consumen drogas por vía intravenosa, aun cuando existe mucha preocupación sobre el nivel de conocimiento y los comportamientos riesgosos de los jóvenes canadienses.

Pocos mensajes están dirigidos a las mujeres, trabajadoras sexuales, inmigrantes y poblaciones móviles. Las iniciativas preventivas que han sido implementadas para prisioneros, personas transgéneros y bisexuales son aún menores. Existe la necesidad de desarrollar y mantener programas y servicios de prevención específicamente diseñados para aborígenes y jóvenes. Las zonas rurales, áreas aisladas y reservaciones requieren de una atención especial. Se debe desarrollar y mantener un mayor número de mensajes de prevención que reconozcan las culturas únicas de los jóvenes de las Primeras Naciones<sup>4</sup>, Metis e Inuit.

### **Grupos vulnerables**

Las personas que viven con el VIH en Canadá siguen enfrentando niveles considerables de estigma y discriminación. De la misma manera, las personas más vulnerables al VIH enfrentan barreras legales y sistemáticas que las ponen en una situación de mayor riesgo. Las tasas del VIH en Canadá siguen aumentando, tanto en las poblaciones vulnerables aisladas, como las personas que consumen drogas por vía intravenosa y los hombres que tienen sexo con hombres, como entre los heterosexuales y, cada vez más, entre las mujeres. Los aborígenes continúan estando afectados por el VIH de manera desproporcionada. La categoría de personas que vienen a Canadá desde países donde el VIH es endémico es la que ha aumentado más rápidamente.

Existen considerables obstáculos en las leyes legales y en las políticas que repercuten en las personas que viven con el VIH/SIDA, o en las más vulnerables a la infección, lo que crea y eleva el estigma y la discriminación, y conduce a ciertos comportamientos que aumentan los riesgos de violencia y las infecciones. Las sanciones legales en contra del consumo de drogas, trabajo sexual e intercambio de jeringas en las prisiones,

aumentan la vulnerabilidad de las personas a contraer el VIH. Hasta finales del 2005, ningún sistema de prisiones en Canadá había comenzado algún programa de intercambio de jeringas. Existen otros elementos deficientes en las políticas actuales que son problemáticos desde la perspectiva de derechos humanos, incluyendo particularmente la negación de inmigración a las personas que viven con el VIH, las pruebas rutinarias del VIH en caso de mujeres embarazadas y la obligatoriedad de tomar muestras de sangre para quienes reciben servicios de emergencia.

**Mujeres:** El gobierno de Canadá no ha desarrollado una estrategia específica para la protección de las mujeres en el contexto del HIV, ni ha creado oportunidades de empoderamiento, aun cuando 'las mujeres en riesgo' es uno de los grupos vulnerables consagrados en la Iniciativa Federal. Ni la Iniciativa Federal ni el documento *Leading Together* contienen estrategias específicas para empoderar a las mujeres. Por el contrario, las mujeres son mencionadas sólo en un contexto general junto a otros grupos de personas vulnerables al VIH/SIDA. Recientemente, la Agencia de Salud Pública Canadiense ha venido trabajando con una coalición llamada *Blueprint for Action on Women and HIV/AIDS* para discutir el borrador de una estrategia de empoderamiento a ser incluida en la Iniciativa Federal, así como para identificar acciones prioritarias para las mujeres. Ese tipo de trabajo es vital para resaltar tanto el tema de la vulnerabilidad de las mujeres en relación al VIH/SIDA, como el acceso limitado de estas a los servicios de atención, tratamiento y prevención.

**Poblaciones aborígenes:** Existen pocos programas de prevención para las Primeras Naciones. Aun cuando los jóvenes aborígenes menores de 15 años, junto a los usuarios de drogas por vía intravenosas, son grupos en particular con mayor necesidad de recibir mensajes de prevención del VIH, también son los que tienen menos probabilidades de que les lleguen.

**Poblaciones Afro-Caribeñas:** En Ontario, se han puesto en marcha algunas iniciativas por parte de Consejo Caribeño sobre VIH/SIDA para desarrollar una estrategia nacional de VIH/SIDA para negros canadienses y comunidades africanas y caribeñas.

**Jóvenes:** Estudios recientes indican que el conocimiento general sobre el VIH/SIDA entre jóvenes canadienses es muy bajo. Los programas educativos sobre VIH/SIDA en el sistema de educación pública son altamente inconsistentes. En algu-

4. Se refiere a los indígenas de Norte América, y sus descendientes, que no sean Inuits o Metis, localizados en lo que es hoy Canadá. Colectivamente, las Primeras Naciones, Inuit y Metis son conocidos como aborígenes.

nas provincias y territorios, la educación sobre VIH/SIDA empieza temprano en las escuelas elementales, mientras que en otras, el VIH/SIDA sólo se menciona mucho después y los programas incluyen poca información.

**Personas que consumen drogas por vía intravenosa:**

Algunas cifras publicadas sobre la prevalencia e incidencia nacional del VIH indican que un 30% o 800-1.600 de las 2.800-5.200 nuevas infecciones que ocurrieron en Canadá (las últimas cifras disponibles son del 2002) son personas que consumen drogas por vía intravenosa. Las leyes vigentes criminalizan la posesión, importación, exportación y tráfico de las drogas en sí, y de “cualquier instrumento que contenga o haya contenido alguna sustancia ilícita y que sea usada para... introducir dicha sustancia en el cuerpo humano.” Esto significa que si una jering o cualquier otro equipo utilizado para la inyección de drogas, contiene residuos de la misma, se le considera técnicamente como una “sustancia ilícita” y la persona en posesión de la jering o equipo podría ser enjuiciada y hallada culpable.

**Trabajadora(e)s sexuales:** La iniciativa Federal no menciona en específico a la(o)s trabajadora(e)s sexuales como población vulnerable. El trabajo sexual no es ilegal en Canadá. Sin embargo, la mayoría de las actividades que rodean a la prostitución son ilegales de acuerdo con el Código Penal Canadiense y la(o)s trabajadora(e)s sexuales son perseguidas aun cuando trabajen en privado (por ejemplo en sus casas)<sup>5</sup>.

**Prisioneros:** Varios estudios han presentado evidencias del consumo de drogas por vía intravenosa, así como de otras sustancias ilícitas, en las prisiones. Equipos de inyección esterilizados deberían estar disponibles en las prisiones donde hay prisioneros inyectándose drogas. Hasta el 2005, ningún sistema canadiense de prisiones había iniciado algún programa de intercambio de agujas. Sin embargo, algunos sistemas, incluyendo el sistema federal de prisiones, están estudiando el problema.

En las prisiones, la actividad sexual es considerada como un factor menos riesgoso, en relación a la transmisión del VIH o Hepatitis C, que el intercambio de equipos para inyectarse drogas. En algunas prisiones, los condones y lubricantes o no están disponibles o, cuando lo están, su obtención no es fácil ni discreta. Algunas jurisdicciones como Ontario, Alberta y Nueva Escocia, entre otras, continúan con su política de que los condones sólo están disponibles a través de los servicios de salud de las prisiones.

.....  
5. Red Legal Canadiense de VIH/SIDA: *Sex work, rights: reforming Canadian criminal laws on prostitution*, Julio 2005.

**Personas que viven con el VIH:** Mientras que las leyes en las provincias y territorios prohíben la discriminación basada en el estatus serológico de las personas, no existe mención explícita al VIH/SIDA en ninguna de la legislación que regula la no discriminación. Por el contrario, el VIH/SIDA es considerado como una “discapacidad” o “*handicap*”. Un tema que ha recibido bastante atención en Canadá es el del gran número de barreras que enfrentan las personas que viven con el VIH para mantenerse en sus sitios de trabajo o regresar al empleo luego de ausentarse por motivos relacionados con la enfermedad. Son muchos los problemas que afectan a las personas que viven con enfermedades como el VIH en Canadá. Aun cuando Canadá ha promulgado leyes que protegen los derechos humanos de los individuos, e incluyen a las PVVIH como personas físicamente discapacitadas, el cumplimiento de tales leyes sigue siendo inadecuado. En la mayoría de los casos, es responsabilidad de los individuos que son discriminados conocer sus derechos. Esta forma de cumplir las leyes tiene el problema que para defender sus derechos, las personas tienen que tener acceso a información básica sobre derechos humanos y recibir educación sobre el tema. Debido a la naturaleza del estigma asociado con el VIH/SIDA, las organizaciones nacionales y con base comunitaria tienen un papel fundamental en la eliminación de la discriminación al servir de puente entre la teoría consagrada en las leyes y su aplicación en la práctica.

**Consejería y pruebas voluntarias (PCV)**

Los canadienses que deciden hacerse la prueba del VIH tienen tres opciones, dependiendo de la provincia o territorio donde residan. Estas opciones incluyen: pruebas del VIH nominales/con nombre, pruebas del VIH no nominales/sin identificación; y pruebas anónimas. Las pruebas del VIH en las poblaciones aborígenes, dentro de las reservaciones, enfrentan el problema de la falta de confidencialidad, debido a que muchas veces los centros de salud comunitarios de las reservaciones los manejan amigos o familiares de los mismos miembros de la comunidad.

**4. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

Todavía no se ha establecido un plan de monitoreo en el Plan de Acción para Canadá. La Iniciativa Federal indica que la coordinación, planificación, evaluación y preparación de informes debe mejorarse para optimizar tanto la respuesta federal y pan-canadiense a la epidemia, como el uso de los recursos.

Este enfoque se basa en la implementación de *Leading Together*, el desarrollo de un plan específico para cada uno de los temas y la creación de una estrategia de evaluación de la Iniciativa Federal. Un punto fundamental en todo ese proceso es la implementación de mecanismos que aumenten la participación de las personas que viven con o son vulnerables al VIH/SIDA.

## 5. LECCIONES APRENDIDAS

Canadá no ha progresado suficientemente en relación a la atención que le presta a los determinantes de salud de los individuos vulnerables al VIH, a la adicción y a la violencia. Las personas que viven con el VIH en Canadá siguen enfrentando importantes niveles de estigma y discriminación. De la misma forma, las personas más vulnerables al VIH enfrentan barreras sistemáticas que las ponen en una mayor situación de riesgo. Las tasas del VIH en Canadá siguen aumentando tanto en las poblaciones vulnerables aisladas, como las personas que consumen drogas por vía intravenosa y los hombres que tienen sexo con hombres, como en la población de heterosexuales y, mayoritariamente, en las mujeres. Los aborígenes continúan estando afectados por el VIH de manera desproporcionada. El VIH entre las personas que vienen de países donde el VIH es endémico constituye la categoría de riesgo que más aumenta. Un porcentaje importante de jóvenes en Canadá no les preocupa el VIH, quizás debido en parte a la desinformación – algunos creen, por ejemplo, que ya existe una cura para el SIDA.

La sociedad civil y el gobierno trabajan generalmente bien en conjunto para responder al VIH/SIDA desde una perspectiva multi-sectorial e involucrando a los distintos entes interesados. La nueva versión de la estrategia nacional de VIH/SIDA, la Iniciativa Federal, genera esperanzas en cuanto a que la respuesta al VIH será dada por el gobierno federal en su totalidad y no sólo por el Ministerio de Salud. Sin embargo, Canadá necesita crear un organismo coordinador amplio que sea el abanderado de un plan estratégico y lo implemente y monitoree. La sociedad civil quisiera ver a sus líderes nacionales hablar públicamente sobre el VIH/SIDA, con el fin de sensibilizar a la población y reducir el estigma, en discursos públicos que no tengan relación con la asignación de recursos.

# PERFIL DEL PAÍS: EL SALVADOR

Tomado del informe de la Asociación Atlatcatl Vivo Positivo

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	6,881,000
ESPERANZA DE VIDA - HOMBRES . . . . .	68
ESPERANZA DE VIDA - MUJERES . . . . .	74
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	36,000 [22,000 – 71,000]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	9,900 [5,300 – 21,000]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH DE 15 A 49 AÑOS . . . . .	0.9% [0.5 – 3.8%]
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	2,500 [1,600 – 3,700]

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

Existe un Consejo Nacional de VIH/SIDA, regulado por la ley sobre el SIDA. Esta ley también creó, en el 2004, la Comisión Nacional contra el SIDA (CONASIDA) que trabaja como ente asesor del Ministerio de Salud. CONASIDA incluye representantes de ministerios, instituciones gubernamentales, ONGs y el sector privado.

### Sector comunitario

Se logró una mayor participación de los diferentes entes interesados en el diseño del Plan Estratégico Nacional 2005-2010, en comparación con el proceso del 2001 (para el período 2001-2004). En el 2001, sólo 22 organizaciones participaron activamente, mientras que en el 2005 lo hicieron 73 (instituciones gubernamentales, organizaciones del sector comunitario, asociación de PVVIH y agencias de desarrollo internacional).

El acceso a tratamientos en El Salvador se logró gracias a la presión de organizaciones del sector comunitario, que fueron las que iniciaron el diálogo con el gobierno y organizaron algunas protestas cuando las conversaciones no estaban dando resultados. Como paso posterior a las protestas, las organizaciones del sector comunitario demandaron al gobierno ante la Corte Suprema, proceso que terminó en una acción colectiva contra el estado ante la Comisión Interamericana de Derechos Humanos. Como consecuencia de todo esto, el gobierno empezó a reconocer la importancia de la participación del sector comunitario en el diseño y la implementación de los programas.

## 3. POLÍTICA NACIONAL SOBRE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamiento, atención y apoyo

El acceso a ARVs está consagrado en la Política Nacional sobre VIH/SIDA. En el 2001 (cuando el gobierno inició las terapias con ARV) los ARVs eran suministrados en sólo 4 hospitales nacionales. En diciembre del 2004, los ARVs estaban disponibles en 16 hospitales cubriendo a un total de 2.000 personas (más de 600 personas adicionales los reciben por el sistema de seguridad social) – lo que representa aproximadamente un 36% de aquellos que los necesitan. Los ARVs son suministrados gratuitamente, pero los pacientes necesitan pagar por otras medicinas.

Sin embargo, la marcada influencia de los grupos cristianos en el país ha motivado a las personas a no recibir o a abandonar los ARV ya que, de acuerdo con estos grupos, ellos deberían poner sus vidas “en las manos de Dios”.

Aun cuando los ARVs están incluidos en la Lista de Medicamentos Esenciales, su suministro no se hace a tiempo o de manera regular. Las pruebas de carga viral y CD4/CD8 tampoco son realizadas debidamente. El colapso de los hospitales y los largos períodos de espera para ver a algún doctor son otros problemas adicionales.

### Prevención

La Política de Asistencia Integral incluye estrategias de prevención primaria, basadas en abstinencia, fidelidad y uso de condones (conocido como el ABC), y acciones de prevención secundaria y terciaria que contribuyen a la reducción del VIH y ITS.

La herramienta de prevención más comúnmente utilizada es el

condón masculino, disponible de manera gratuita en los hospitales, grupos de apoyo y ONGs. Los condones también pueden ser adquiridos en los supermercados y farmacias, aun cuando algunos farmaceutas se rehúsan a venderlos debido a sus creencias religiosas. Aun cuando algunas ONGs, en sus campañas de prevención, informan a las personas sobre el condón femenino, éste no está disponible.

No existen, en general, servicios especializados que apoyen a los distintos grupos de poblaciones vulnerables.

### **Grupos vulnerables**

Existen regulaciones y campañas que comunican el compromiso del gobierno de ofrecer servicios de calidad sin importar la raza, orientación sexual o política y/o creencias religiosas. Sin embargo, el estigma y la discriminación contra las PVVIH y otros grupos vulnerables, ocurre debido al miedo e ignorancia sobre el SIDA y a la falta de un enfoque basado en los derechos humanos de las ONGs que trabajan en esta área.

No existen leyes o políticas contra la homosexualidad o el trabajo sexual, con la excepción del trabajo sexual de menores de edad que es ilegal. El uso, posesión o tráfico de drogas viola las leyes antinarcóticos del país.

En El Salvador, el Código Penal prohíbe “comportamientos inapropiados” en espacios públicos, lo que se ha interpretado como que el trabajo sexual en sitios públicos está prohibido. La discriminación contra las PVVIH está prohibida en la Constitución, en el Código de Salud y en la legislación laboral.

El marco legal en El Salvador, desde el punto de vista teórico, protege los derechos de las PVVIH, sin hacer distinciones específicas acerca de su orientación sexual, trabajo/profesión, afiliación política o creencia religiosa. Aun cuando en teoría se protegen los derechos, en la práctica no se sancionan a aquellos que violan tales leyes.

**Mujeres:** La Política Nacional sobre SIDA contiene medidas para remediar las desigualdades de género y ya se han planificado algunas estrategias concretas, como la necesidad de implementar programas que reduzcan la violencia contra mujeres y niñas. Un estudio elaborado por la Asociación Atlacatl Vivo Positivo encontró que las mujeres que viven con el VIH/SIDA están siendo esterilizadas, o se les presiona para que lo hagan, cuando dan a luz, en algunos casos sin su consentimiento, lo que constituye una violación clara de sus derechos humanos.

**Hombres que tienen sexo con hombres:** Se necesita actuar para reducir la exclusión de la población de HSH en El Salvador y así lograr que tengan acceso real a todos los servicios. Los HSH, lesbianas, gays, bisexuales y personas transgéneros siguen experimentando discriminación en las instalaciones de salud pública. Algunos HSM informan que se les ha solicitado que cambien su comportamiento porque éste va en contra de los “principios de Dios”.

**Personas que consumen drogas por vía intravenosas:** No se ha hecho estudio alguno sobre los servicios disponibles para personas que consumen drogas por vía intravenosa; posiblemente debido a que las estadísticas nacionales indican una baja tasa de prevalencia en éste grupo (el uno por ciento del total de casos de infección del VIH reportados son como consecuencia de la inyección de drogas). Aun cuando la comercialización y el consumo de drogas en El Salvador son ilegales, las jeringuillas y las agujas desechables pueden ser compradas fácilmente en las farmacias, debido a que se venden sin prescripción para ser usadas con medicamentos legales.

**Personas que viven con el VIH:** La protección de los derechos de las PVVIH en el lugar de trabajo está consagrada en el marco legal salvadoreño. Sin embargo, es necesario hacer más en este campo para que las normas establecidas en la legislación sean implementadas y se hagan cumplir. La falta de consentimiento y la violación de la confidencialidad en relación a la prueba para el VIH son sólo algunos de los problemas que necesitan atención. Cuando una persona recibe un diagnóstico positivo, automáticamente pierde el derecho a tener créditos bancarios y seguros del hogar o de vida debido a que los bancos y las compañías de seguro piden “una prueba de SIDA” o hacen que sus clientes firmen una autorización para que ellos puedan investigar su historial médico.

### **Consejería y pruebas voluntarias (CPV)**

Hay mas de 160 centros de CPV – 132 son operados por el gobierno, incluyendo el sistema de seguridad social, 8 son operados por ONGs (en los cuales sólo se dan servicios de consejería) y el resto lo manejan laboratorios privados. Sin embargo, no todos los 160 centros proveen consejería y pruebas. En el 2004, fueron administradas casi doscientas mil pruebas de VIH.

#### **4. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El país actualmente está implementando uno de los componentes de los “tres unos”, que se refiere a un sistema de monitoreo y evaluación establecido a nivel nacional. Sin embargo, el sistema actual sólo toma en cuenta la información epidemiológica, aunque reconoce que es necesario mejorarlo, expandirlo y hacerlo más incluyente e integral. Por ejemplo, el sistema actual no provee información específica por grupos (tales como HSH, trabajadores sexuales y prisioneros) de tal manera que estos son excluidos cuando se establecen las prioridades de las estrategias.

Recientemente, el Programa Nacional de SIDA condujo una evaluación interna de la red de hospitales públicos donde se ofrecen terapias con ARV. La evaluación no sólo analizó el aspecto técnico de los servicios prestados, sino también la calidad y el aspecto humano de los mismos. Los resultados de tal evaluación formaron la base de la reestructuración interna del programa.

#### **5. LECCIONES APRENDIDAS**

La información recolectada para la elaboración del informe nacional demuestra que aun cuando existe una voluntad política para responder a los retos de la epidemia, tal voluntad no ha sido traducida en verdaderos compromisos. Esto es particularmente grave en relación a la inclusión de los otros sectores de la sociedad en la respuesta al VIH/SIDA.

A pesar de que existe una diferencia entre la teoría y la práctica; entre las leyes, las políticas y los programas; y entre el diseño y la implementación, las PVVIH y el sector comunitario han entendido que pueden utilizar el marco legal existente para luchar por sus derechos.

# PERFIL DEL PAÍS: HONDURAS

Tomado del informe de Nelson J. Arambú (investigador principal)

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	7,205.000
ESPERANZA DE VIDA - HOMBRES . . . . .	65
ESPERANZA DE VIDA - MUJERES . . . . .	70
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	63,000 [35,000-99,000]
MUJERES 15 AÑOS O MAYORES QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	16,000 [7,500-27,000]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH DE 15 A 49 AÑOS . . . . .	1.5% [0.8-2.4%]
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	3,700 [2,000 – 6,200]

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL SIDA

### Gobierno

Recientemente, el gobierno ha intensificado sus esfuerzos para mejorar la respuesta al VIH/SIDA. El Segundo Plan Estratégico de VIH/SIDA, PENSIDA II, fue diseñado con la participación de distintos actores y sectores que habían sido tradicionalmente excluidos de la respuesta nacional (51 por ciento de los participantes vinieron del sector comunitario, incluyendo grupos vulnerables y PVVIH). Aun cuando PENSIDA II es un documento bastante completo, con un enfoque multisectorial, no existen mecanismos directos que permitan la participación o consulta del sector comunitario en el desarrollo e implementación de los programas, ni en el monitoreo o evaluación de sus resultados.

La posición del gobierno en relación a los grupos más vulnerables – HSH, trabajadoras sexuales y personas que consumen drogas por vía intravenosa – no ha sido bien definida. El énfasis, en relación a la vulnerabilidad, ha estado centrado en niños y niñas y jóvenes.

### Sector Comunitario

La participación del sector comunitario, liderada por varios actores, se ha enfocado en la prevención y tratamiento de ETS y VIH/SIDA, mediante el ofrecimiento de servicios relacionados con la promoción de la salud sexual y reproductiva, educación, consejería y pruebas voluntarias, cabildeo, y monitoreo y defensa de los derechos humanos. El sector comunitario ha enfocado sus esfuerzos en las PVVIH, comunidades de

Garífunas,<sup>6</sup> trabajadoras sexuales, HSH, niños, niñas, huérfanos, jóvenes y prisioneros.

El papel de las ONGs es muy importante debido a que han llenado algunas lagunas que existían en las intervenciones lideradas por el gobierno. El trabajo de cabildeo que las ONGs han realizado, por muchos años, ha forzado al gobierno a asignar mayores recursos para responder a los problemas.

La alianza entre el gobierno y el sector comunitario no se ha consolidado hasta el punto en que las comunidades sean tratadas como aliados con derecho a participar en el proceso de toma de decisiones. Por el contrario, el sector comunitario es visto como un ente que solamente complementa el trabajo del gobierno.

El único diálogo permanente entre la sociedad civil y el gobierno es el que se desarrolla dentro de la estructura nacional del Fondo Mundial. El Mecanismo de Coordinación de País (MCP) promueve la participación multisectorial y tiene representantes de los sectores políticos, sociales y económicos; del gobierno, con el apoyo de las Naciones Unidas en Honduras, de las organizaciones de desarrollo multilaterales y bilaterales que trabajan en VIH/SIDA, tuberculosis y malaria; de las organizaciones del sector comunitario y de las asociaciones de personas afectadas (VIH/SIDA y tuberculosis).

6. Grupo étnico producto de la mezcla de arahuacos, caribes insulares y negros africanos esclavos en las Antillas que los ingleses deportaron de la Isla de San Vicente a Roatán, en 1797, y después se extendieron por la costa atlántica de Honduras, Belice, Guatemala y Nicaragua.

### 3. POLÍTICA NACIONAL SOBRE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

#### Acceso a tratamientos, atención y apoyo

El acceso a tratamientos se ha mejorado levemente: entre el 2002 y el 2005, 3.630 personas que viven con el VIH recibieron ARVs en 19 centros de atención integral. Sin embargo, algunos obstáculos, como la falta de recursos económicos y la burocracia (así como la ineficiencia general del sistema), han impedido la plena implementación de los programas de tratamiento. Por ejemplo, luego de haber recibido una subvención del Fondo Mundial por tres años, el gobierno y el sector comunitario no han desarrollado una estrategia para lograr el acceso universal a los ARVs y sólo los reciben 10% de las personas que los necesitan.

Uno de los retos que se mencionan más a menudo en relación a los ARVs es el del Acuerdo de Libre Comercio Centroamericano (CAFTA), que fue aprobado y ratificado por el Congreso de Honduras en el 2005. Tal acuerdo, por ejemplo, limita la compra de medicamentos genéricos a otros países de la región. Sin embargo, hay que reconocer que los grupos comunitarios no fueron agresivos en el proceso de ratificación, quizás debido a la falta de entendimiento de las posibles implicaciones.

#### Prevención

Las herramientas básicas de prevención están disponibles, especialmente condones masculinos, lubricantes, equipos de inyección esterilizados y desinfectantes. Sin embargo, los condones femeninos no se consiguen. Los condones masculinos pueden obtenerse en los centros de salud, farmacias, bares, clubes, y en algunos moteles y hoteles, pero el público en general no lo sabe. Al mismo tiempo, los esfuerzos de prevención se han fortalecido tanto con la expansión del programa para prevenir la transmisión vertical, como con la realización de actividades para concientizar a la población sobre la importancia de la prevención. Estas actividades han contado con la participación de diversos entes de la sociedad civil incluyendo organizaciones religiosas y del sector privado. La estrategia de prevención del gobierno enfatiza el uso del condón como la herramienta principal de prevención pero no hace mención ni de los lubricantes ni de los condones femeninos.

#### Grupos vulnerables

En el PENSIDA II se establece que una de las áreas de trabajo es la promoción y defensa de los derechos humanos. Las estrategias incluyen el aumento del conocimiento general del marco legal nacional relacionado con el VIH/SIDA y los derechos humanos, el fortalecimiento de los mecanismos de monitoreo, así como la capacitación de la sociedad civil para usarlos en la denuncia de violaciones de los derechos humanos relacionadas con el VIH/SIDA y, en cuyo caso, recibir una compensación adecuada. Tanto la Ley Especial de VIH/SIDA como el Plan protegen los derechos humanos de los grupos vulnerables, aun cuando no hacen mención específica de las PVVIH.

**Mujeres:** No hay información disponible sobre la respuesta del gobierno en relación a las mujeres, por lo menos en cuanto a acciones específicas. Las organizaciones de mujeres y grupos feministas, que no trabajan exclusivamente en temas de VIH/SIDA sino en proyectos dirigidos a concientizar al público en general sobre los problemas que enfrentan las mujeres, no son consideradas actores nacionales en VIH/SIDA. El Programa para la prevención de la transmisión vertical sólo se enfoca en el niño/a y no en la madre.

**Hombres que tienen sexo con hombres:** Aun cuando no existen barreras legales, muchos HSH se quejan de lo difícil que se les hace el acceso a los ARVs y a los tratamientos en general. La respuesta tradicional del personal médico es que los HSH no son prioridad. La misma situación la enfrentan las personas que consumen drogas y los miembros de bandas o pandillas. De acuerdo a algunos miembros de la comunidad de HSH, los protocolos de acceso a los ARVs les dan prioridad a mujeres embarazadas, niños, niñas, jóvenes, y hombres que tienen hijos. Los HSH, y otros grupos, no son considerados prioritarios debido a la homofobia, exclusión social, tradiciones religiosas y valores morales del personal de la salud. Aun cuando, en teoría, el marco legal no penaliza la homosexualidad, en la práctica se discrimina a los HSH y esto conlleva a que sean excluidos social, política y culturalmente. Adicionalmente, hay muy pocos proyectos que respondan directamente a los problemas de los HSH. Fue sólo en el 2004, luego de 10 años de lucha, que se le dio estatus legal a tres organizaciones de homosexuales y lesbianas<sup>7</sup>.

7. Organizaciones de HSH en Honduras: Asociación Colectivo Violeta, Asociación Kukulcán, Organización pro Unión Ceibeña (OPRUCE), Red de Hombres G+, Colectivo travesti de San Pedro Sula, Comunidad Gay Sampedrana para la Salud Integral, Colectivo Gay de Caticamas, Grupo Gay de Choluteca, Imágenes Positivas, la Asociación Arcoíris, AMAS (Asociación Manos Amigas), Asociación Travesti de Tegucigalpa Alfa & Omega.

**Trabajadora(e)s sexuales:** El trabajo sexual es considerado un delito y esto tiene un impacto en la vulnerabilidad de este grupo al VIH. La respuesta del gobierno y de las ONGs se ha enfocado primordialmente en actividades de prevención y campañas informativas sobre ETS y VIH, con un énfasis particular en el uso del condón. Sin embargo, un reto que sigue vigente es el de asegurar que la(o)s trabajadora(e)s sexuales sean empoderadas para que ejerzan sus derechos y libertades.

**Personas que viven con el VIH:** Uno de los puntos más importantes en las leyes de VIH ha sido el énfasis en la promoción y protección de los derechos humanos. Sin embargo, la labor para implementarlas sigue siendo débil. En el 2005, se trató de aprobar una ley que hacía obligatoria las pruebas del VIH en los procesos para obtener empleo o para ingresar en instituciones educativas. El sector comunitario se movilizó y organizó acciones de cabildeo en contra de ese intento con resultados positivos, pero el éxito se debió más a la oposición beligerante que a un diálogo abierto. La discriminación sigue existiendo en el sector educativo, desde el acceso y cobertura, hasta el maltrato de estudiantes que viven con el VIH.

**Jóvenes:** Los esfuerzos y recursos invertidos, para tratar de controlar y reducir el impacto de la epidemia, están primordialmente enfocados en los jóvenes. Sin embargo, una de las dudas planteadas es la poca participación de los jóvenes en el diseño de las iniciativas de prevención del VIH.

#### **Consejería y Pruebas voluntarias (CPV):**

El componente de consejería de los programas de CPV es muy importante, y en Honduras se realiza gracias a una alianza entre el gobierno, la sociedad civil y los donantes. El Programa de ETS-VIH/SIDA creó la Red de Consejería, la cual se ha fortalecido a través del entrenamiento y talleres de capacitación, lo que también ofrece una oportunidad para monitorear el rendimiento del personal. Un informe sobre los progresos de los programas de consejería, de septiembre de 2005, indica que existe una participación activa de los distintos entes interesados en relación a la asistencia psicológica y de consejería.

Los servicios de CPV en el sistema de salud pública son gratuitos. El problema más común que enfrentan los grupos vulnerables es el cuestionamiento moral de los miembros del personal de salud, particularmente en relación a los HSH y trabajadora(e)s sexuales.

Un punto que necesita atención inmediata es la obligatoriedad de la prueba del VIH para las parejas que quieran casarse.

#### **4. EVALUACION MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El PENSIDA II diseñó un proceso para mejorar los mecanismos de monitoreo y evaluación. Sin embargo, no se han desarrollado indicadores para las distintas fases de implementación del Plan o para las distintas áreas, particularmente aquellas relacionadas con los derechos humanos de las PVVIH.

El PENSIDA II, también estableció evaluaciones nacionales periódicas con la participación de la sociedad civil (particularmente PVVIH), grupos vulnerables, y familiares de las PVVIH.

#### **5. LECCIONES APRENDIDAS**

La información disponible demuestra que hay una diversidad de actores involucrados, una impresionante cantidad de estadísticas y muchas expectativas. Sin embargo, podemos notar muy pocas voces escuchadas, un acceso limitado a la información, y, cada día, un mayor número de casos de VIH, huérfanos y jóvenes expuestos a la infección.

A pesar de la importancia y repercusión de la Declaración de Compromiso de la UNGASS, su contenido no ha sido diseminado adecuadamente. Muy pocas personas, y organizaciones que trabajan en VIH/SIDA, entienden los compromisos y responsabilidades que se necesitan asumir para reducir la incidencia e impacto de la infección del VIH y para mejorar la calidad de vida de los grupos más vulnerables.

# PERFIL DE PAÍS: INDONESIA

Tomado del informe de la Fundación PITA

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	222,781,000
ESPERANZA DE VIDA - HOMBRES . . . . .	65
ESPERANZA DE VIDA - MUJERES . . . . .	68
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	170,000 [100,000-290,000]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON VIH . . . . .	29,000 [15,000 – 52,000]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH - 15 A 49 AÑOS . . . . .	0.1%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	5,500 [3,300 – 8,300]

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

Tomando en consideración la amenaza de la propagación de la epidemia del VIH, el gobierno de Indonesia, en 1994, creó la Comisión Nacional de SIDA, mediante un reglamento especial, y nombró al Ministerio de Coordinación de Ayuda Social como la cabeza de la misma. De acuerdo con el reglamento, todas las provincias y los distritos, desde ese momento, debían designar al Gobernador y Alcalde Mayor como sus representantes en la Comisión Provincial sobre SIDA.

La Comisión Nacional de SIDA formuló la primera Estrategia Nacional sobre VIH/SIDA en 1994 y estableció el Programa Nacional de SIDA en 1995. En marzo del 2002, el Gobierno organizó una Asamblea Especial sobre VIH/SIDA liderada por el Presidente. La Asamblea cubrió, en detalles, la realidad de la epidemia del VIH en Indonesia, usando la Declaración de Compromiso de la UNGASS como guía. Recientemente, el Gobierno implementó la Estrategia Nacional de VIH/SIDA 2003-2007, que incluyó una serie de programas integrales de prevención y tratamiento.

### Sector Comunitario

El Gobierno de Indonesia ha desarrollado e implementado el programa Nacional sobre SIDA usando un enfoque multisectorial. La participación del sector comunitario en esa estrategia multisectorial comenzó en 1998. Desde entonces, el sector comunitario ha emitido sus opiniones en seminarios, foros, talleres, reuniones informales y consultas. Aun cuando la intención inicial fue crear las condiciones favorables para la participación significativa de las comunidades, en la práctica, esto no ha sido así, ya que muy pocas ONGs han tenido comunicación efectiva con el gobierno.

## 3. POLÍTICA NACIONAL SOBRE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamientos, atención y apoyo

En la más reciente Estrategia Nacional sobre VIH/SIDA (2003-2007), las áreas prioritarias incluyen cuidado, tratamientos y apoyo. Desde el 2001, los ARVs se venden a precios más bajos como resultado de las negociaciones con las compañías farmacéuticas de India. En enero del 2004, el Departamento de Salud de Indonesia participó en la campaña “3 x 5”, comprometiéndose a subsidiar las medicinas a 5.000 PVVIH a lo largo del país para finales del 2004, con la meta de incrementar ese número a 10.000 para el 2005. La disponibilidad de ARVs y su distribución es responsabilidad del gobierno.

### Prevención

La Estrategia Nacional sobre VIH/SIDA establece que es necesario que los programas de prevención comiencen por mejorar el conocimiento y los destrezas relacionadas con la manera como se transmite y se previene la infección. El programa de prevención incluye: la promoción de estilos de vida sanos, la educación basada en aptitudes para la vida, el establecimiento de grupos de apoyo de pares para educación, consejería, reducción de daños, control de ETS, manejo seguro de la sangre y prevención de la transmisión materno-infantil. Algunos de los mensajes de prevención, sin embargo, han sido fuertemente criticados por organizaciones religiosas que alegan que los mismos promueven el sexo.

Muchas provincias todavía no han podido de implementar programas de prevención debido a la falta de recursos.

### **Grupos vulnerables**

**Jóvenes:** El gobierno de Indonesia, en cooperación con UNICEF, y a través del Departamento de Educación Nacional, estableció un programa de educación para estudiantes de bachillerato basado en las aptitudes para la vida. La UNESCO también organizó un seminario sobre jóvenes y VIH/SIDA, y está planificando trabajar con el Departamento de Educación para desarrollar actividades para jóvenes relacionadas con el VIH/SIDA.

**Hombres que tienen sexo con hombres:** Existen servicios especiales para HSH manejados por ONGs en la mayoría de las provincias de Indonesia. Sin embargo, muchos de los HSH no los utilizan debido a los prejuicios sociales y la estigmatización.

**Trabajadora(e)s sexuales:** En Bali se ofrecen servicios a la(o)s trabajadora(e)s sexuales. Estos servicios incluyen pruebas del VIH, despistaje de ETS y otros temas relacionados con la salud de las mujeres. En el norte de Yakarta, se han implementado algunos programas de alcance comunitario para la(o)s trabajadora(e)s sexuales mediante seminarios, campañas para uso del condón, y talleres de capacitación.

**Personas que viven con el VIH:** Indonesia tiene una ley que protege a las PVVIH de tratos y comportamientos discriminatorios. La campaña en contra del estigma y la discriminación es parte de una estrategia nacional para atacar el trato injusto hacia las PVVIH y otros grupos vulnerables. Aun cuando las políticas antidiscriminatorias existen, en la práctica siguen ocurriendo maltratos.

### **Consejería y pruebas voluntarias (CPV)**

Los programas de consejería y pruebas voluntarias no están ampliamente disponibles en Indonesia, al haber muy pocos centros de pruebas en todo el país. La falta de capacitación del personal es un problema importante. Donde los centros de pruebas sí están disponibles, no hay promoción de los mismos y las personas no saben de su existencia. El costo de la prueba también representa una barrera y muchas veces no está establecido. Existe la vigilancia epidemiológica de los grupos vulnerables, fundamentalmente las personas que consumen drogas por vía intravenosa y trabajadoras sexuales, pero no hay programas destinados a la población transgénero (aun cuando existe evidencia que la prevalencia del VIH en tal grupo es alta).

## **4. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

La Estrategia Nacional sobre VIH/SIDA en Indonesia (2003-2007) regula el monitoreo, evaluación e implementación de todos los programas y políticas nacionales sobre VIH/SIDA. La vigilancia del VIH es responsabilidad del Departamento de Salud.

## **5. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES**

A pesar de que, por un lado, se han logrado algunos avances en relación al establecimiento de las políticas nacionales sobre VIH/SIDA, por el otro, el gobierno de Indonesia todavía no ha desarrollado los mecanismos necesarios para hacerlas cumplir. Las intervenciones hacia los grupos más vulnerables, especialmente las personas que consumen drogas por vía intravenosa y la(o)s trabajadora(e)s sexuales, siguen siendo una barrera que impide el acceso universal a tratamientos, prevención y cuidados. Se necesita incluir, de una manera más constante y efectiva, al sector comunitario y otros entes interesados, para así lograr la implementación efectiva de las políticas.

# PERFIL DEL PAÍS: IRLANDA

Tomado del informe del Gay HIV Strategies- Gay and Lesbian Equality Network (GLEN) y del Health and Development Network (HDN)

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	4,148,000
ESPERANZA DE VIDA - HOMBRES . . . . .	75
ESPERANZA DE VIDA - MUJERES . . . . .	81
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	5,000 [3,000 – 8,300]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON VIH . . . . .	1,800 [920 – 3,200]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH - 15 A 49 AÑOS . . . . .	0.2%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	<100

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

La respuesta del gobierno Irlandés al VIH puede evaluarse en tres fases. La primera fase (1983-1989) fue lenta y contó con poca inversión gubernamental. En la segunda fase, durante los 90s, se notó un mayor compromiso con el establecimiento del Comité Nacional Asesor sobre SIDA, el financiamiento de una variedad de agencias, y el desarrollo de una estrategia nacional. En la tercera fase, desde el 2001, el gobierno irlandés ha sido criticado por no darle una alta prioridad al VIH y por no revisar la estrategia del Comité Nacional para adaptarla a las nuevas realidades de la epidemia. Actualmente el mayor obstáculo que existe para evaluar los progresos es la falta de metas o puntos de referencia.

### Sector Comunitario

Las ONGs valoran la colaboración de todos los sectores y existe un fuerte sentido de trabajo en equipo tanto entre las mismas ONGs, como entre estas y las agencias del gobierno. Sin embargo, el consenso general entre las ONGs es que el sector gubernamental no valora apropiadamente sus aportes y que su participación es simplemente simbólica.

## 3. POLÍTICA NACIONAL SOBRE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamientos, cuidado y apoyo

El acceso a distintos servicios relacionados con el VIH/SIDA es considerado pobre. Una fuerte división urbana/rural caracteriza la realidad de acceder a los mismos. Los jóvenes han estado particularmente afectados por el pobre acceso a la información sobre VIH/SIDA. Muchos centros de servicios se

niegan a dar contraceptivos o productos para el sexo seguro a jóvenes menores de 16 años, aun cuando muchos de ellos están sexualmente activos. El costo de los bienes y servicios también dificulta el acceso para muchos, especialmente aquellos que buscan asilo, refugiados e inmigrantes.

### Prevención

Se ha sugerido que las estrategias de prevención son difíciles de evaluar por la ausencia de puntos de referencia. Si tomamos en cuenta las recomendaciones del Sub-Comité de Educación y Prevención, hay que reconocer que se han ejecutado muchas de sus propuestas sobre prevención, aun cuando otras todavía requieren de una atención inmediata. Al mismo tiempo, existe la necesidad de una estrategia de prevención secundaria dirigida a las personas que viven con el VIH.

### Grupos vulnerables

**Jóvenes:** La estrategia de prevención del VIH, dirigida a los jóvenes, depende de la potestad que tienen las escuelas de abstenerse total o parcialmente de implementar el Programa de Educación de Salud Social y Personal. Existen excepciones basadas en la fe que impiden el cumplimiento de ciertas metas. Esto también representa un reto a los educadores de la salud en el sentido de si deben, o no, trabajar con una determinada escuela. Debe resaltarse que aun cuando se permita transmitir algún mensaje de sexo seguro en las escuelas, esto ocurre aisladamente en vez de ser un proceso continuo.

### Personas que consumen drogas por vía intravenosas:

Los servicios a las personas que consumen drogas se han venido ofreciendo tradicionalmente en Dublín, debido a que el consumo de drogas no era común en otras partes del país. Aun cuando esto ha cambiado, el suministro de los servicios no refleja esa nueva realidad. Los servicios de dependencia de

drogas están limitados al mantenimiento con metadona y no buscan apoyar a los adictos que deciden seguir inyectándose.

**Hombres que tienen sexo con hombres, trabajadora(e)s sexuales e inmigrantes:** Hay algunos servicios que tienen como objetivo los inmigrantes, trabajadora(e)s sexuales y los HSH, pero éstos son prestados por ONGs locales que están tomado la iniciativa o como respuesta a las necesidades de sus clientes. Algunas ONGs tienen un compromiso a largo plazo de trabajar con los inmigrantes.

**Mujeres:** No existe una estrategia nacional que tenga como objetivo reducir la vulnerabilidad de las mujeres y niñas. Algunas ONGs tienen programas de capacitación y entrenamiento para fomentar la toma de decisiones de las mujeres en relación a su propia salud. La estrategia de control de fertilidad para mujeres jóvenes debe incluir la prevención del VIH. El cuidado maternal y prenatal ha sido altamente exitoso en cuanto a la prevención del VIH.

#### **Consejería y pruebas voluntarias (CPV)**

En Irlanda, los servicios de diagnóstico y tratamiento son gratis, pero están afectados por las mismas limitantes de acceso geográfico y, a menudo, tienen largas listas de espera. Una lista de espera de 6 a 8 semanas no es algo inusual.

#### **4. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

En general, el sistema de monitoreo es bueno y la información relevante está disponible. Existe una preocupación, sin embargo, acerca de la capacidad de los trabajadores de la salud de cumplir con su obligación de recolectar la información, debido a que la misma o no se registra de manera sistemática en el momento del suministro del servicio, o no se reporta al Centro de Monitoreo y Protección de la Salud. También hay dudas acerca del monitoreo de la información relacionada con los inmigrantes, ya que ésta no incluye ni a quienes solicitan asilo ni a los refugiados.

#### **5. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES**

Se debe desarrollar una estrategia nacional de salud sexual que incorpore la prevención, el tratamiento y la atención del VIH. El VIH debe ser considerado en el contexto general de la promoción de la salud sexual. La estrategia debe incluir objetivos claros y metas para su evaluación.

El conocimiento del sector comunitario acerca de los compromisos del gobierno varía. Esto sugiere que el gobierno debe hacer más para informar a sus ciudadanos acerca de sus compromisos y sus éxitos, si es el caso.

# PERFIL DE PAÍS: JAMAICA

Tomado del informe del Jamaica AIDS Support (JAS)

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	2,651,000
ESPERANZA DE VIDA - HOMBRES . . . . .	70
ESPERANZA DE VIDA - MUJERES . . . . .	74
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	25,000 [14,000 – 39,00]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON VIH . . . . .	6,900 [3,300 – 12,000]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH - 15 A 49 AÑOS . . . . .	1.5%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	<500

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

El Programa Nacional de SIDA, como un departamento que forma parte del Ministerio de Salud de Jamaica, coordina la prevención, tratamiento y control del VIH/SIDA y de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS). El Programa incluye los siguientes componentes: investigación; control y prevención de ETS; seguimiento del VIH/ETS; tratamientos, cuidado y apoyo; capacitación; monitoreo y evaluación. El Programa Nacional sobre SIDA desarrolló un Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA/ETS para el 2002-2006. El plan consagra un enfoque integral y multisectorial a la epidemia y ha sido dividido en cuatro áreas prioritarias: 1) asuntos jurídicos, de políticas, cabildeo y derechos humanos; 2) respuesta multisectorial; 3) prevención; 4) seguimiento, monitoreo y evaluación.

El Plan Estratégico Nacional también incluye la realización de talleres sobre VIH/SIDA en los principales ministerios, tales como el Ministerio de Educación, Juventud y Cultura; el Ministerio del Gobierno Local; y, el Ministerio de Turismo y Deporte. Cada plan de trabajo incluye metas específicas, para cada uno de esos ministerios, con actividades para ser implementadas.

### Sector comunitario

El Plan Estratégico Nacional (2002-2006) fue desarrollado tomando en consideración los comentarios de diversas organizaciones del sector comunitario que se obtuvieron a través de diálogos informales, reuniones y grupos focales. Los informes sobre el progreso y el borrador del Plan fueron distribuidos a algunas organizaciones comunitarias por correo electrónico, aun cuando este método limitó significativamente la participación quienes no tenían acceso adecuado al Internet. Algunos consideraron que el proceso fue exitoso ya que res-

petaron sus puntos de vistas; otros, especialmente las PVVIH, sintieron que el gobierno no interpretó correctamente sus comentarios. En general, pocas organizaciones comunitarias conocen la Declaración y sólo una afirmó que había estado involucrada en el proceso de revisión nacional en relación a la implementación de los compromisos [de la DdC]. Ninguna organización indicó que había usado la Declaración como herramienta de cabildeo. Los representantes [del sector comunitario] que conocen los compromisos están generalmente involucrados en asistir al gobierno en la implementación de los mismos y han desarrollado programas de alcance comunitario, actividades para la distribución de condones y acciones educativas sobre el VIH. El Ministerio de Salud provee los recursos financieros para algunos de estos proyectos, así como para campañas de concientización en la radio, televisión y prensa escrita.

## 3. POLÍTICA NACIONAL SOBRE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamientos, cuidado y apoyo

El Plan Estratégico Nacional sobre VIH/SIDA/ETS (2002-2006) exhorta a mejorar el tratamiento y atención de las PVVIH. Gracias a la inyección de nuevos recursos, principalmente provenientes del Fondo Mundial, se han mejorado tanto el acceso a los ARVs, como los sistemas de apoyo para asegurar la adherencia al régimen de drogas, las intervenciones nutricionales, y los cuidados paliativos (incluyendo los suministrados en el hogar y en los hospicios).

A pesar de importantes campañas en los medios de comunicación, el estigma y la discriminación siguen disuadiendo a las personas que viven con el VIH a recibir los tratamientos.

Grupos con estigma doble, especialmente los HSH y las trabajadoras sexuales, encuentran que tal situación es paralizante. Adicionalmente a estos temores, existe la preocupación legítima sobre el respeto de la confidencialidad. Las políticas en papel no siempre se traducen en un entendimiento claro acerca del comportamiento apropiado de los trabajadores del sector salud. El temor derivado de la posibilidad que se viole la confidencialidad disuade a muchos Jamaíquinos a realizarse la prueba, o a someterse a tratamientos, hasta que su salud se deteriore severamente.

### **Prevención**

El Plan Estratégico Nacional identifica a la prevención como una de sus cinco áreas prioritarias. El Plan establece 8 objetivos de prevención que incluyen: el incremento del uso del condón, la promoción de comportamientos sexuales responsables, un trabajo más intenso en los grupos en mayor situación de riesgo, la expansión de la consejería y pruebas voluntarias, la reducción de la transmisión materno-infantil, y la promoción de la profilaxis post exposición. Se han logrado avances de distintos grados en estas áreas. En general, la sociedad civil indica que la disponibilidad de las herramientas de prevención varía considerablemente. Los condones masculinos se consiguen fácilmente. Los condones femeninos no son asequibles aun cuando pueden conseguirse en las farmacias. Materiales educativos y sobre cambios de comportamiento, relacionados con la prevención del VIH, se distribuyen al público a través de programas apoyados por el Ministerio de Salud y grupos comunitarios.

### **Grupos vulnerables**

**Mujeres:** La Política Nacional sobre VIH/SIDA exhorta a un trato más igualitario entre los géneros y al empoderamiento de la mujer como componentes vitales de un programa de prevención exitoso. Algunos programas específicos de prevención enfocados en las mujeres incluyen: la prevención de la transmisión materno-infantil, opciones de alimentación para los infantes, acceso a consejería, pruebas voluntarias y tratamientos con ARV, y consejería para mujeres embarazadas.

**Hombres que tienen sexo con hombres:** Los hombres que tienen sexo con hombres son considerados el grupo más vulnerable en Jamaica debido a los comportamientos homofóbicos del público en general, lo que también dificulta el suministro de los servicios de prevención. Como consecuencia de esto, sólo una ONG proporciona un “espacio seguro” a este grupo y sólo dos organizaciones realizan intervenciones de prevención para atender sus necesidades.

Personas que consumen drogas por vía intravenosas: El consumo de drogas por vía intravenosa no es común en Jamaica, por lo que no es visto como algo que deba enfrentarse para contener el VIH. Las estadísticas del Ministerio de Salud apoyan tal conclusión. Esto explica la falta de programas de prevención que tengan con objetivo a este grupo, lo que también conlleva a que se menosprecien los riesgos potenciales de tal actividad.

**Trabajadora(e)s sexuales:** La(o)s trabajadora(e)s sexuales en Jamaica, como los HSH, son afectada(o)s por el estigma y la discriminación. Algunas agencias, tanto públicas como privadas, ofrecen programas de alcance en locales nocturnos, playas y calles donde buscan clientes. También existen algunos programas que tienen como objetivo a la(o)s trabajadora(e)s sexuales que a la vez son personas que consumen drogas. Como sucede con la población de HSH, los prejuicios y la falta de interés, por parte de algunos trabajadores del área de la prevención, son las principales barreras sociales que afecta la implementación efectiva de los esfuerzos de prevención.

**Personas que viven con el VIH:** La vergüenza relacionada con el estatus serológico disuade a muchos Jamaíquinos a solicitar tratamientos. Esta enfermedad continúa siendo juzgada de manera extremadamente negativa por muchas personas. Otro impedimento común es el miedo a que se viole la confidencialidad de su estatus. Abundan las historias de utilización inapropiada de la información supuestamente confidencial, ya sea en materia laboral, médica o educacional. El acceso también está limitado por la falta de recursos y porque los individuos no buscan tratamiento hasta que están gravemente enfermos.

### **Consejería y prueba voluntaria (CPV)**

La Política Nacional sobre VIH/SIDA estipula la necesidad de expandir los servicios de CPV como una forma de alcanzar dos de los cuatro objetivos principales: prevención y tratamiento. Actualmente, hay alrededor de 356 centros de pruebas en el país. Los servicios de consejería son gratuitos en las instalaciones del gobierno y del sector comunitario. Las pruebas pueden ser gratuitas, con donación, o con un pago de aproximadamente 3 dólares americanos. Aun cuando debe mantenerse la confidencialidad de las identidades de los clientes que obtengan un resultado positivo, en la práctica este no siempre es el caso.

#### **4. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El tema del monitoreo y evaluación ha recibido una atención especial por parte del Programa de Control Nacional de VIH/ETS, especialmente en los últimos dos años. Durante ese tiempo, la capacidad de la unidad de monitoreo y evaluación ha sido mejorada ya que actualmente monitorea 104 indicadores mundiales y/o nacionales que están relacionados con las metas establecidas, incluyendo: grupos vulnerables, políticas, cabildeo y derechos humanos, y estigma y discriminación. La unidad de M&E publica informes anuales, bianuales y trimestrales. Varias entidades contribuyen con información para la elaboración de los informes, incluyendo la Unidad de Vigilancia Epidemiológica, el Coordinador del Programa de Prevención de la Transmisión Materno-Infantil, el Ministerio de Educación, el Comité Nacional sobre SIDA, la sociedad civil, entre otros.

#### **5. LECCIONES APRENDIDAS**

Una serie de recomendaciones han surgido gracias a este estudio, las cuales han sido suministradas a los distintos entes que trabajan que el área del VIH/SIDA. A nivel federal, los siguientes puntos deben tomarse en cuenta para luchar contra la epidemia de manera efectiva: enfocarse en disminuir el estigma y la discriminación; mejorar los marcos institucionales; combatir la pobreza, la corrupción, y el crimen; aumentar los recursos [financieros]; y, fomentar la cooperación significativa entre todos los actores. El sector comunitario, por su lado, debe mejorar sus destrezas de cabildeo para así lograr una implementación efectiva de las políticas nacionales y del marco legal; fortalecer su capacidad de implementación, monitoreo y evaluación; aumentar su participación en, y apoyo al, Comité Nacional de SIDA; y, aumentar su responsabilidad fiscal y transparencia.

# PAÍS ANALIZADO: MARRUECO

Tomado del informe de la Association de lutte contre le sida (ALCS)

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	31,478,000
ESPERANZA DE VIDA - HOMBRES . . . . .	69
ESPERANZA DE VIDA - MUJERES . . . . .	73
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	19,000 [12,000 – 3 8,000]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON VIH . . . . .	4,000 [2,100 – 8,400]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH - 15 A 49 AÑOS . . . . .	0.1%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	1,300

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

El Programa Nacional de SIDA (PNS) fue creado por el Ministerio de Salud en 1988, dos años después de la detección del primer caso de SIDA. En 1989, el NAP estableció un plan a corto plazo para luchar contra esta enfermedad. Planes a mediano plazo fueron implementados en los periodos 1991-1994 y 1996-2000. En el 2002, Marrueco promulgó un nuevo Plan Estratégico Nacional (PSN), inicialmente para el 2002-2004 pero posteriormente prolongado hasta el 2005. El NSP pudo ser estructurado gracias al trabajo constante y a los procesos consultivos y participativos que duraron más de un año. Sin embargo, aun cuando el proceso fue positivo éste no produjo los resultados esperados: no hubo una planificación detallada de las actividades, no fueron identificados los responsables de cada actividad, y no se establecieron fechas límites para completar los pasos estratégicos.

El PSN identifica las prioridades relacionadas con (a) la vulnerabilidad al VIH/SIDA (trabajadora(e)s sexuales ocasionales y permanentes; jóvenes de ambos sexos, especialmente aquellos que no están en las escuelas; personas desempleadas y sin hogar; inmigrantes y poblaciones móviles, especialmente trabajadores temporales; militares, y prisioneros) y (b) el impacto del SIDA (personas que viven con el VIH/SIDA y sus familias). El PNS es responsable de la implementación del PNS y está encargado de la planificación, coordinación, y evaluación de las estrategias y actividades realizadas. El NAP moviliza a todos los aliados potenciales y apoya las acciones del sector comunitario.

### Sector comunitario

El sector comunitario juega un papel importante en la identificación de los grupos vulnerables, particularmente en relación a las trabajadoras sexuales que no habían sido incluidas en los primeros planes de SIDA. Las ONGS organizan regularmente iniciativas de alcance comunitario dirigidas al público en general. Esto se complementa con un servicio telefónico de información sobre SIDA. Esta estrategia ha logrado reducir el miedo a ser juzgado, y los que llaman reciben información personalizada y adaptada a sus niveles de entendimiento y a sus necesidades.

## 3. POLÍTICAS NACIONALES DE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamiento, atención y apoyo

Marrueco tiene unas políticas ejemplarizantes en relación al acceso a terapias triples con ARV. Aun cuando el acceso a tratamientos ha sido uno de los mayores éxitos, este está seriamente comprometido por las leyes de propiedad intelectual que han sido adoptadas (TRIPS y el Acuerdo de Libre Comercio con los Estados Unidos). En el 2005, Marrueco inició la compra de ARVs genéricos de la India, reduciendo así sus precios (el costo de la terapia triple está alrededor de 90 US\$ por paciente por mes).

El compromiso del Ministerio de Salud (MdS) de aumentar el acceso a tratamientos ha dado como resultado un incremento en esa partida presupuestaria. Desde 1999, el MdS creó un renglón en su presupuesto exclusivamente dirigido a la compra de medicamentos antirretrovirales. El mencionado renglón se constituyó con 445,000 US\$ y ha venido incrementándose desde el 2001 con aproximadamente 55.000 US\$ por año, en

los últimos 4 años.

En estos momentos, los ARVs sólo están disponibles en los hospitales, que son los responsables de la prescripción del tratamiento y sus modificaciones. Los pacientes van a los hospitales cada 6 meses, o más de ser necesario. Sin embargo, el MdS se ha comprometido a descentralizar su estrategia para ahorrarles a los pacientes los largos, costosos y agotadores traslados.

### **Prevención**

Una de las principales prioridades del PNS es la reducción de la infección por VIH en los grupos vulnerables identificados en las seis regiones geográficas principales. A tal fin, el MdS ha implementado 2 estrategias fundamentales; la primera consiste en una campaña nacional contra el SIDA en los medios de comunicación, especialmente la TV y radio, para así alcanzar a un mayor número de personas, dado los altos índices de analfabetismo en el país. La campaña fue desarrollada gracias a una alianza con el sector comunitario. La segunda estrategia fue la compra y distribución de condones. En un contexto caracterizado por una fuerte resistencia cultural, la campaña nacional en los medios de comunicación constituye un acto político importante. Sin embargo, su efectividad se ha reducido por la falta de recursos financieros, duración insuficiente y mensajes no lo suficientemente claros.

### **Grupos vulnerables**

**Mujeres:** El porcentaje de mujeres viviendo con SIDA aumentó de 8%, en 1988, a 38% en el 2005. Este aumento del número de mujeres infectadas es un indicativo de su vulnerabilidad a la infección. Sin embargo, las mujeres no fueron identificadas como un grupo vulnerable prioritario en el Plan Estratégico Nacional. Para empezar, las mujeres no son consideradas un grupo en sí, debido a que representan a más del 50% de la población. Adicionalmente, en el Plan cada grupo debe tener una ubicación en específico, como el caso de los jóvenes y las escuelas, y no es posible asignar una ubicación precisa a las mujeres.

**Hombres que tienen sexo con hombres:** La homosexualidad es castigada más severamente que el trabajo sexual. Los hombres homosexuales en Marrueco están obligados a mantener su orientación sexual en la clandestinidad para evitar ser atacados por la policía o enviados a la cárcel. Los arrestos están generalmente acompañados por violencia física y verbal. La homosexualidad está socialmente condenada. Sólo las relaciones sexuales entre mujeres y hombres son consideradas como “normal” o “natural”. Durante la elaboración del

plan estratégico, se consideró la identificación de los HSH como grupo prioritario, pero debido a cierta oposición se les dejó fuera de la lista. Aun cuando cuentan con el apoyo del Ministerio de Salud, los trabajadores sociales y de alcance comunitarios que distribuyen condones a los HSH son arrestados y acusados de incitar al vicio debido a que tal actividad es considerada como una promoción de las relaciones sexuales entre hombres.

**Inmigrantes ilegales:** Históricamente, Marrueco era sólo un país de tránsito de los inmigrantes (que querían ir de África a Europa) pero ahora que las fronteras han incrementado sus medidas de seguridad, estas personas se quedan en Marrueco por largos periodos de tiempo. Los inmigrantes son particularmente vulnerables al VIH ya que las campañas nacionales de prevención sólo llegan a unos pocos, en el mejor de los casos, debido a que estos no tienen acceso a los medios de comunicación o no entienden el idioma árabe. Las personas inmigrantes temen ser arrestadas si acuden a los servicios de salud, lo que compromete el acceso a medicamentos y el seguimiento. En segundo lugar, los inmigrantes no tienen suficiente dinero para pagar por la atención y como no son reconocidos oficialmente como pobres no pueden pedir una excepción del pago de los costos médicos. Por último, los doctores generalmente se rehúsan a suministrarles tratamiento.

### **Personas que consumen drogas por vía intravenosa:**

Ni el gobierno ni los grupos comunitarios promueven políticas dirigidas a reducir el riesgo de las personas que consumen drogas por vía intravenosa. La estrategia del gobierno es sólo represiva. Sin embargo, en el proceso de revisión de la estrategia nacional se ha incorporado una evaluación de la infección del VIH y su relación con el consumo de drogas. Este estudio fue coordinado por el Servicio de Lucha contra la Adicción de Drogas y Enfermedades Mentales del MdS con el apoyo de ONUSIDA y la Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC). Los objetivos del estudio fueron determinar el número de usuarios de drogas y un estimado de la prevalencia del VIH entre ellos. Esta evaluación servirá de base para el desarrollo de un programa para este grupo en el próximo plan estratégico. Los fondos para esto ya están incluidos en la segunda fase del programa del Fondo Mundial.

**Trabajadoras sexuales:** Las trabajadoras sexuales son particularmente vulnerables. Esta vulnerabilidad se debe a la combinación de tres factores: dicha actividad es ilegal (con una pena de 6 meses de presidio y una multa); la discriminación y rechazo social hacia las trabajadoras sexuales; y la vulnerabilidad socio económica de las mismas. El plan estra-

tégico identifica a los trabajadores sexuales permanentes y ocasionales, tanto hombres como mujeres, como un grupo vulnerable que requiere una atención prioritaria. Esta fue una decisión valiente del Ministerio de Salud.

**Jóvenes:** Aun cuando las relaciones sexuales son legales sólo dentro del matrimonio, las mismas entre los jóvenes fuera del matrimonio son comunes. La vulnerabilidad de los jóvenes esta ligada a la falta de conocimiento, la ausencia de información adecuada y la percepción errónea de los riesgos. Distintos estudios sobre estudiantes universitarios indican que, de hecho, menos de las dos terceras partes de los hombres y un tercio de las mujeres lograron identificar a los condones como una forma de protección. Entre los jóvenes menos educados, o entre aquellos sin educación, el conocimiento sobre el VIH/SIDA es aún menor. Las leyes actuales prohíben dar tratamiento médico, incluyendo la prueba del VIH, a los menores sin el consentimiento de sus padres o representantes, por lo que estos mienten sobre sus edades o no se realizan las pruebas o tratamientos.

**Personas que viven con el VIH:** Las violaciones de los derechos de las PVVIH todavía ocurren, aun cuando el respeto a sus derechos humanos está consagrado en plan estratégico. En los lugares de trabajo, aun cuando los sindicatos todavía no han recibido quejas, pareciera que algunos empleadores requieren certificados médicos antes de contratar a alguien, lo que incluye la prueba del VIH. No existen leyes específicas que protejan a las PVVIH contra la discriminación y el gobierno no ha implementado ningún mecanismo que se encargue de la recolección de información sobre el respeto de los derechos de las PVVIH.

#### **Consejería y prueba voluntaria (CPV)**

El primer Centro de Consejería y Prueba Voluntarias (CPV) en Marrueco fue abierto a principios de los noventas en el Instituto Pasteur en Casablanca. El primer centro fue operado por un grupo comunitario bajo el nombre "Centro de Información, y de pruebas gratuitas y anónimas" para así destacar específicamente la gratuidad y el anonimato. En esos años, no existía otra opción de prueba voluntaria y confidencial en Marrueco. Las personas descubrían si estaban infectadas en el hospital, al acudir por problemas relacionados con el desarrollo del SIDA, o cuando donaban sangre, ya que ésta es analizada desde 1988. El MdS ha descubierto, desde entonces, el papel fundamental de las pruebas en la estrategia de prevención. El MdS ha escogido a grupos comunitarios para que operen los centros de CPV. Las pruebas del VIH también se ofrecen en establecimientos privados (clínicas, hospitales y laboratorios).

En los servicios prenatales de los establecimientos públicos, las pruebas del VIH deben ser ofrecidas a cada mujer embarazada, aun cuando en la práctica esto no sucede.

Durante la consejería antes de la prueba, se ofrecen distintos mensajes de prevención en relación los siguientes comportamientos: penetraciones sexuales, particularmente anales, sin protección; sexo con trabajadoras sexuales; y consumo de drogas. Sin embargo, las personas son libres de responder a las preguntas de los consejeros. Los grupos vulnerables identificados en el plan estratégico reciben atención especial y algunas organizaciones han reservado ciertos días para las consultas a los beneficiarios de los programas de intervención preventivos (trabajadoras sexuales y HSH).

#### **4. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

Los casos de SIDA son reportados de manera directa y obligatoria al PNS. Tal información es anónima y contiene los factores de riesgo, socio-demográficos y clínicos.

El Programa Nacional no posee un sistema completo de monitoreo y evaluación. Por ejemplo, las actividades desarrolladas por los grupos comunitarios con recursos internacionales (por ejemplo provenientes de organizaciones internacionales) no están incluidas en los informes y el MdS no está en conocimiento de las mismas.

#### **5. LECCIONES APRENDIDAS**

El trabajo de los grupos comunitarios complementa el trabajo del Ministerio de Salud. La alianza entre los grupos comunitarios y el Ministerio de Salud toma distintas formas, dependiendo de la actividad realizada. Por ejemplo, el trabajo de prevención para los grupos vulnerables, tales como la(o)s trabajadora(e)s sexuales, es desarrollado por los grupos comunitarios debido a que el radio de acción del Ministerio de Salud está limitado por la resistencia cultural y las leyes. En relación al acceso a la atención médica, el enfoque es completamente distinto debido a que el sector comunitario solo ayuda a complementar el trabajo del Ministerio de Salud.

# PERFIL DEL PAÍS: NEPAL

Tomado del informe de la Blue Diamond Society

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	27,133,000
ESPERANZA DE VIDA - HOMBRES . . . . .	61
ESPERANZA DE VIDA - MUJERES . . . . .	61
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	75,000 [41,000 –180,000]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON VIH . . . . .	16,000 [7,500 – 40,000]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH – 15 A 49 AÑOS . . . . .	0.5%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	5,100

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

El Plan Estratégico sobre VIH/SIDA 1997-2001 en Nepal fue la primera respuesta al VIH/SIDA en el país. En el 2002, se desarrolló una Estrategia Nacional Integral para el período 2002-2006. La estrategia identificó cinco áreas prioritarias: 1) prevención de ETSs en los grupos vulnerables; 2) prevención de nuevas infecciones entre jóvenes; 3) asegurar que los servicios de atención y apoyo estén disponible y sean accesibles a todas las personas que viven con el VIH; 4) monitoreo y evaluación; y 5) establecimiento de un sistema efectivo de gerencia.

La estrategia, sin embargo, ha tenido sus problemas al no hacer mención acerca de los derechos de las PVVIH y otros grupos vulnerables. Al mismo tiempo, los tres consejos nacionales designados como instituciones oficiales para el VIH/SIDA no han sido efectivos. No hay instituciones autónomas, sino todas forman parte de un Ministerio de Salud altamente burocratizado y, según muchos, corrupto.

### Sector comunitario

La mayoría de los actores del sector comunitarios no estaban en conocimiento del desarrollo de la política y estrategia nacional sobre VIH/SIDA hasta el 2005. La información no se distribuyó ni a tiempo ni de manera detallada. Adicionalmente, los documentos estaban escritos en inglés, que no es un lenguaje hablado comúnmente, y sólo se tradujo al Nepali mucho después.

El Plan de Acción Nacional 2005/2006 incorporó, por primera, comentarios de la sociedad civil. El proceso de participación incluyó seminarios, foros, talleres y consultas informales. A pesar de ello, no se ha establecido una alianza a largo plazo entre la sociedad civil y el gobierno.

## 3. POLÍTICA NACIONAL SOBRE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamientos, atención y apoyo

El plan de acción actual incluye la provisión de ARVs para mil PVVIH para el 2006. Hoy en día, más de 350 personas reciben ARVs del gobierno; sin embargo muchos otros los reciben por otras vías. Los prisioneros tienen la mayor dificultad de acceso al tratamiento; la mayoría muere antes de ser diagnosticados. A los HSH también se le niega la atención de salud debido al estigma que afecta a ese grupo.

Los grupos del sector comunitario han estado activamente involucrados en persuadir al gobierno para que ofrezca tratamiento con ARVs de manera gratuita, pero tales intentos han sido afectados por la falta de doctores y trabajadores del sector salud lo suficientemente preparados para atender a todos lo que necesitan tratamientos y atención.

### Prevención

La mayoría de las herramientas de prevención, como condones, lubricantes, y jeringas y agujas esterilizadas, están disponibles y son accesibles en los centros urbanos, pero casi imposible de conseguir en las áreas rurales. Los programas de prevención, aun cuando existen, excluyen importantes mensajes, especialmente aquellos concernientes a los grupos vulnerables.

### **Grupos vulnerables**

**Mujeres:** En Nepal, existen diversos programas educacionales, de concientización y de prevención del VIH, implementados por varias organizaciones, con el fin de educar a las mujeres acerca del VIH/SIDA. Estos programas, sin embargo, son muy generales y no reflejan las características particulares de la mujer en relación al VIH/SIDA.

**Jóvenes:** El sector no gubernamental está implementando varios programas de concientización para jóvenes con el fin de aumentar el conocimiento sobre el VIH y de promover métodos de prevención. Hay muchas ONGs trabajando con jóvenes para prevenir el uso de las drogas. Los mensajes de sexo seguro también son populares en los medios de comunicación, pero no son claros y no están orientados a los jóvenes. El gobierno de Nepal se comprometió a que para el 2005 por lo menos el 90% de todos los jóvenes tuvieran acceso a información sobre SIDA. Sin embargo, tal promesa no ha sido cumplida.

**Niños y niñas:** El gobierno de Nepal no ha tomado ninguna medida para dar apoyo sicosocial, educación, habitación, nutrición y cuidados de salud a huérfanos o niños y niñas infectados con el VIH. Este punto ha sido completamente ignorado, con la excepción de algunas organizaciones comunitarias que están trabajando con huérfanos y niños y niñas que viven con el VIH.

**Hombres que tienen sexo con hombres:** No hay políticas que garanticen el suministro de servicios de prevención para los HSH. El plan estratégico identificó a los HSH como grupo vulnerable sólo recientemente. Hasta ahora, los HSH son perseguidos como criminales, debido a que la ley se refiere a su comportamiento como “no-natural”

**Personas que viven con el VIH:** No existen leyes en Nepal que protejan a las PVVIH contra la discriminación. La legislación antidiscriminatoria todavía no ha sido aprobada. A pesar de que existen un número de programas que promueven la eliminación de la estigmatización y el tratamiento justo de las personas que viven con el VIH, estos siguen siendo maltratados y, muchas veces, se les niega el acceso a los servicios médicos.

### **Consejería y pruebas voluntarias (PCV)**

Aun cuando los centros de CPV están ubicados en varias partes de Nepal, la mayoría de ellos se encuentran en las ciudades más grandes. Las ciudades pequeñas o pueblos raramente tienen centros de CPV por lo que las organizaciones comunitarias deben referir a sus pobladores a los centros urbanos para que reciban los servicios. El sector comunitario ha estado particularmente activo en prestar servicios de CPV, especialmente a los grupos vulnerables. Debido a la falta de apoyo gubernamental para estos individuos, existe un déficit de centros de pruebas para HSH y trabajadora(e)s sexuales.

## **4. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

El Ministerio de Salud de Nepal monitorea trimestralmente su propio programa nacional de salud, que incluye al VIH/SIDA. El proceso de investigación para la elaboración del informe, sin embargo, no incluye a las comunidades, grupos vulnerables y otros sectores, dando como resultado que la objetividad y la veracidad del mismo sea cuestionable.

## **5. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES**

Las políticas nacionales de VIH/SIDA en Nepal necesitan de una revisión y cambios inmediatos. Dichos cambios deben incluir los siguientes puntos: derechos humanos; empoderamiento de las mujeres, niñas y grupos vulnerables; prevención; aumento de la capacidad del sistema de salud, infraestructura para prevención, cuidado y atención; y financiamiento adecuado. La revisión de la política sobre VIH/SIDA de Nepal debe contar con la participación de mujeres, individuos transgéneros, PVVIH y grupos vulnerables.

# PERFIL DEL PAÍS: NIGERIA

Tomado del informe del Network of People living with HIV/AIDS in Nigeria (NEPWHAN)

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	131,530,000
ESPERANZA DE VIDA – HOMBRES . . . . .	45
ESPERANZA DE VIDA – MUJERES . . . . .	46
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON EL VIH . . . . .	2,900,000 [1,170,000-4,200,000]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON VIH. . . . .	1,600,000 [810,000 – 2,400,000]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH – 15 A 49 AÑOS. . . . .	3.9%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	220,000

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

Nigeria ha adoptado una estrategia multi-sectorial y multi-dimensional para luchar contra el VIH/SIDA con el establecimiento del Comité de Acción Nacional contra el SIDA (NACA). Desde ese momento, el gobierno le ha dado una alta prioridad a los programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo.

Las principales responsabilidades del NACA son la coordinación y el monitoreo de la implementación del plan de SIDA. Hasta ahora, aun cuando se observan progresos, todavía existen serios problemas en la implementación de programas de prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH, particularmente a nivel comunitario. El gobierno ha respondido al VIH/SIDA a través del establecimiento de un organismo de coordinación nacional (NACA), un plan estratégico nacional, y un marco de monitoreo y evaluación (los “Tres Unos”), además de una Política Nacional sobre VIH/SIDA.

### Sector comunitario

Las dos redes más importantes de organizaciones de la sociedad civil, que trabajan en VIH/SIDA en Nigeria, son la Civil Society on HIV/AIDS Network (CiSHAN) y el Network of People Living With HIV/AIDS (NEPWHAN). Mientras la CiSHAN es una coalición de organizaciones no gubernamentales, religiosas y con base comunitaria involucradas en intervenciones sobre el VIH/SIDA, los miembros del NEPWHAN provienen de grupos de apoyo, asociaciones, organizaciones y grupos de PVVIH en Nigeria. Las organizaciones de la sociedad civil actúan como un ente velador para asegurar la transparencia y responsabilidad en la utilización de los recursos.

La CiSHAN mantiene un foro de discusión para articular los puntos de vista de la sociedad civil en la respuesta nacional al VIH/SIDA. La coalición también realiza acciones de cabildeo y recolecta información y la disemina entre las organizaciones del sector comunitario, así como entre otros entes interesados; también asiste en el proceso de capacitación de las ONGs para lograr una respuesta más efectiva.

La NEPWHAN coordina y fortalece a los grupos, organizaciones y asociaciones de PVVIH para que contribuyan de manera significativa en la respuesta nacional. La meta es hacer incidencia política por los derechos de las PVVIH en Nigeria y buscar la implementación de servicios integrales de prevención y apoyo relacionados con el VIH/SIDA.

## 3. POLÍTICA NACIONAL SOBRE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamientos, atención y apoyo

En el 2002, el Gobierno de Nigeria inició un programa ambicioso de ARV con el fin de lograr que 10.000 adultos y 5.000 niños y niñas los recibieran en ese año. Se importaron ARVs de la India por un monto estimado de 3.5 millones de dólares. Estos fueron suministrados a un precio subsidiado de 7 dólares mensuales por persona.

En el 2003, el programa sufrió un retroceso mayor debido a un déficit de medicamentos. Esto implicó que algunas personas no recibieran tratamientos hasta por tres meses. Eventualmente, se realizó otra orden de ARVs, por un estimado de 3.8 millones de dólares, y se continuó con el programa. Sin embargo, éste no ha cumplido con sus metas debido a problemas relacionados con la infraestructura, logística y gerencia.

Ahora más que nunca, existe un interés nacional e internacional de expandir el acceso a tratamientos contra el VIH/SIDA en Nigeria. A pesar de ello, la cobertura del programa de VIH/SIDA está limitada a, o ampliamente concentrado en, las ciudades urbanas. Existen más de 50 centros de tratamientos. El gobierno maneja 33 de ellos y las ONGs, organizaciones religiosas y el sector privado los 17 restantes. Cerca de 50.000 personas están recibiendo actualmente ARVs, 17.000 de los cuales los reciben del gobierno. Para finales del 2005, el gobierno tenía planes de distribuir los ARVs de manera gratuita, eliminando así el pago que tenían que hacer los pacientes por las drogas subsidiadas. Uno de los mayores retos al acceso a tratamiento es el hecho que estos no están disponibles en las comunidades locales donde más se necesitan.

### **Prevención**

El acceso a los condones es prácticamente universal en Nigeria gracias a los esfuerzos realizados para aumentar la cobertura y subsidiar su costo. Sin embargo, la realidad de su uso está influenciada por la percepción de las personas en relación a su efectividad y a la satisfacción sexual cuando son usados, así como el miedo de las personas de ser vistas como promiscuas cuando los adquieren. Una barrera más sistemática es la oposición de organizaciones religiosas. Tal obstáculo es más difícil de derrumbar, pero gracias a distintas consultas y negociaciones se han logrado algunos progresos, aun cuando el uso de condones en el país sigue siendo bajo.

Se desarrolló una campaña masiva para informar a las personas acerca de la salud sexual y el VIH. Las campañas de radio han sido extremadamente exitosas ya que han aumentado el conocimiento general en relación a esos temas y han logrado cambios de comportamientos. Una de estas campañas estuvo enfocada en promover el uso de los condones, así como aumentar el conocimiento y las destrezas para negociar su uso entre hombres y mujeres entre 18 y 34 años.

El 80% de las infecciones de VIH en Nigeria ocurren como consecuencia de las relaciones heterosexuales. Entre los factores que contribuyen a ello hay que mencionar la falta de información sobre salud sexual y VIH, los bajos niveles de uso de los condones y los altos niveles de ETS. La práctica ampliamente difundida, comprobada y aceptada de realizar el despistaje del VIH en caso de transfusiones de sangre no es empleada. En ese país las transfusiones son responsables del 10 por ciento de todas las infecciones por el VIH y no existe un sistema coordinado nacional de suministro de sangre.

### **Grupos vulnerables**

La política sobre VIH/SIDA identifica la importancia de defender y proteger los derechos de todos los nigerianos, incluyendo aquellos que viven con o están afectados por el VIH/SIDA; responde a la vulnerabilidad de cierto grupos sociales, incluyendo mujeres y niños y niñas, a la epidemia del VIH/SIDA; y toma medidas apropiadas para asegurar que todos los asuntos de importancia sean tomados en cuenta.

**Mujeres:** Nigeria es una sociedad machista (dominada por los hombres) donde las mujeres son vistas como inferiores. La percepción del papel tradicional de las mujeres está limitada a tener hijos y a encargarse del hogar. El bajo estatus y falta de educación de las mujeres aumentan su vulnerabilidad a la infección del VIH. Algunas prácticas sociales y culturales que incrementan la falta de equidad, y la vulnerabilidad, incluyen, relaciones sexuales intergeneracional, la circuncisión femenina y la mutilación genital femenina.

**Hombres que tienen sexo con hombres:** No hay información disponible sobre el tema de HSH.

**Trabajadora(e)s sexuales:** Aun cuando el trabajo sexual es ilegal en Nigeria, hay más de un millón de trabajadora(e)s sexuales. Los índices de infección por VIH se estiman que alcanzan el 30 por ciento en algunas áreas. Generalmente, la(o)s trabajadora(e)s sexuales no utilizan el condón debido a la falta de conocimiento sobre la transmisión del VIH y a la falta de aceptación de sus clientes.

**Personas que viven con VIH:** Tanto estigma como la discriminación contra las PVVIH son comunes en Nigeria. Tanto los cristianos como los musulmanes creen que los comportamientos "inmorales" son la causa de la epidemia del VIH/SIDA. Esto afecta las actitudes contra las PVVIH y los mensajes y estrategias de prevención. Las PVVIH generalmente pierden sus trabajos o se les niegan los servicios de salud debido a la ignorancia y miedos que rodean al VIH y SIDA. Hay tanta ignorancia sobre el VIH/SIDA que el 60% de los trabajadores del sector salud piensan que los pacientes con VIH deben ser separados de los otros pacientes.

**Jóvenes:** En Nigeria se estima que el 60% de los nuevos casos de infección por VIH ocurren en jóvenes entre 15 y 25 años de edad. Recientemente, se introdujo un nuevo plan de estudio sobre educación sexual integral para los jóvenes. El mismo busca mejorar el conocimiento de los jóvenes sobre el VIH y salud sexual, y reducir los comportamientos sexuales riesgosos. En el pasado algunos intentos para suministrar educación sexual a los jóvenes fueron obstruidos por las objeciones religiosas y culturales. El nuevo plan de estudio

denominado Educación de Vida en Familia se desarrolló en consulta con los líderes religiosos y comunitarios.

#### **Consejería y pruebas voluntarias (CPV)**

La introducción de la consejería y pruebas voluntarias ha sido, hasta ahora, la mejor herramienta para detener la propagación del VIH/SIDA. Sin embargo, existen obstáculos como centros de pruebas inadecuados, falta de recursos humanos y falta de disponibilidad del material de las pruebas que ponen en peligro la efectividad del programa.

#### **4. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES**

Nigeria todavía enfrenta muchos retos en relación a la epidemia del VIH. La pobreza, la falta de conocimiento sobre prevención, la falta de empoderamiento de las mujeres y niñas, la vulnerabilidad de los jóvenes, especialmente cuando el 60% de la población es menor de 24 años, la falta de acceso a servicios de consejería y pruebas voluntarias, la poca cobertura de las terapias con ARVs y el fuerte estigma y discriminación en contra de las personas que viven con o están afectadas por el VIH, son las mayores dificultades que impiden enfrentar la epidemia y sus efectos. Estos problemas deben resolverse para lograr la implementación adecuada de las estrategias y los planes.

# PERFIL DEL PAÍS: PERÚ

Tomado del informe de Vía Libre

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	27,968,000
ESPERANZA DE VIDA – HOMBRES . . . . .	69
ESPERANZA DE VIDA – MUJERES . . . . .	73
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH . . . . .	93,000 [56,000-150,000]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON VIH. . . . .	26,000 [13,000 – 45,000]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH – 15 A 49 AÑOS. . . . .	0.6%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	5,600 [3,400 – 8,500]

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

La Coordinadora Nacional Multisectorial de Salud (CONAMUSA) es un organismo de coordinación, constituido con la representación del gobierno, la cooperación internacional bilateral y multilateral, la sociedad civil y las organizaciones de personas directamente afectadas con el VIH/SIDA, tuberculosis y malaria en el país. La CONAMUSA fue creada como una asociación que intenta promover y crear consenso, elaborar mensajes y conceptos compartidos entre todos los sectores, cerrar la brecha entre el sector privado y público, y complementar y fortalecer el trabajo del gobierno en el área del VIH/SIDA, tuberculosis y malaria.

Los procesos para diseñar los dos últimos planes estratégicos nacionales han sido desarrollados íntegramente desde el Ministerio de Salud sin comprometer a otros subsectores del Sector Salud (Seguro Social, Sanidad de Fuerzas Armadas y Policiales-COPRECOS, sector privado) y menos aún a otros sectores como el Ministerio de Educación, el Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano, o el Ministerio de Trabajo. La participación de la sociedad civil ha sido muy limitada al haber una convocatoria reducida y los procesos de muy corto plazo.

### Sector comunitario

La agenda implícita del sector comunitario en torno al VIH/IDA está centrada aún hacia la prevención, atención y tratamiento ligada al sector salud. Se han incorporado muy tímidamente temas como el estigma, la discriminación y la vulnerabilidad que influyen en la transmisión.

Existe gran debilidad para convocar a otros actores de la sociedad civil que no trabajan directamente en el campo de

VIH/SIDA para fortalecer acciones conjuntas y no se han incorporado actores del sector privado. Ha habido esfuerzos importantes, principalmente por parte de organizaciones de PVVIH y ONGs, dirigidos a asegurar servicios y beneficios de salud para las PVVIH. Estos esfuerzos han contribuido a lograr el cumplimiento de los derechos humanos al mejorar, por ejemplo, el acceso a tratamientos.

Un sector comunitario proactivo, la formación de la CONAMUSA, y los procesos relacionados con el Fondo Mundial han dado como resultado la inclusión de las comunidades en la respuesta nacional. Es necesario continuar y fortalecer este trabajo conjunto al institucionalizar y expandir los procesos de participación, así como la elección de los representantes comunitarios, ampliar la agenda para incluir las preocupaciones desde una perspectiva verdaderamente multisectorial, y asegurar que tanto las necesidades nacionales como regionales sean consideradas.

## 3. POLÍTICAS NACIONALES DE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamientos, atención y apoyo

El mayor avance en la respuesta nacional contra el VIH/SIDA ha sido la expansión del acceso a ARVs y a medicinas gratuitas. Los ARVs son suministrados en 54 centros de salud pública así como por tres ONGs. Sin embargo, esta mejoría sólo se nota en Lima y Callao, y no en otras ciudades o regiones. Esto sólo ilustra algunas de las dificultades en la implementación del programa de ARV a escala nacional.

Aun cuando el acceso a tratamientos es un paso importante en la respuesta nacional, así como el resultado de las acciones de las organizaciones del sector comunitario, del apoyo

financiero internacional y del compromiso del gobierno, todavía existen problemas importantes: (a) la universalidad del acceso- todavía no se responde adecuadamente a las barreras económicas, legales y culturales; y, (b) sostenibilidad – nadie puede garantizar la continuidad del compromiso político para mantener el programa dentro del presupuesto nacional más allá de que las autoridades gubernamentales actuales dejen sus cargos.

Es más, la información sobre los tratamientos no es suministrada por el gobierno, lo que implica que algunas organizaciones del sector comunitario, particularmente los grupos de PVVIH, han tenido que implementar proyectos para atender esta necesidad.

Ciertas restricciones impiden el acceso a tratamientos de las PVVIH sin sostén familiar (porque no quieren divulgar su estatus por miedo a ser discriminados o porque, de hecho, no tienen familia) y de las PVVIH que no tienen hogar permanente. Adicionalmente, los HSH y trabajadora(e)s sexuales, debido a que sus comportamientos no son socialmente “aceptados”, son menos propensos a encontrar apoyo en sus propias familias.

El acceso también está limitado por otras razones, tales como la poca información disponible, y el costo de los servicios de salud y de las pruebas. Adicionalmente, hay un prolongado periodo de espera para recibir los resultados de las pruebas, debido a que el análisis de las mismas es realizado solamente por el Instituto Nacional de Salud. Por último, el estigma y la discriminación están presentes en las instalaciones del sector de la salud.

De la misma forma, existen fallas en la legislación relacionada con los adolescentes, ya que la ley requiere que los padres o representantes acompañen a los menores con el fin de obtener acceso a los servicios, incluyendo el suministro de ARVs.

### **Prevención**

La respuesta nacional en relación a la prevención del VIH/SIDA incluye distintas estrategias. Una es el condón masculino, disponible en farmacias y otros lugares, así como distribuidos a través de los servicios de salud pública. El condón femenino, que no se encuentra fácilmente, cuesta alrededor de 8.5 dólares (más de la mitad de la población en el Perú vive con menos de 2 dólares al día). Los lubricantes se encuentran fácilmente en las grandes ciudades, pero son escasos en las áreas rurales o en ciudades lejanas de la capital. Los mensajes de prevención transmitidos a través de los medios de comunicación y en los programas en las escuelas dirigidos al público en general incluyen dos temas principales: abstinencia y uso del condón.

El acceso a los servicios de prevención del VIH/SIDA está limitado por el costo y por el problema de las personas sin documentación legal. Otras barreras son el analfabetismo, la inequidad de géneros, y el estigma que rodea a las ETSs. Al mismo tiempo, los trabajadores del sector salud necesitan estar más involucrados en la lucha contra el estigma y la discriminación, las dos barreras principales que impide el acceso de los HSH y trabajadoras sexuales a los servicios de prevención.

La prevención para los adolescentes, los jóvenes y para la población en general también presenta serias fallas. Debe notarse que se han dado algunos pasos para incorporar contenido explícito sobre prevención en los planes de estudio, sin embargo este proceso está todavía en sus etapas iniciales y el número de maestros entrenados está muy por debajo de lo que se necesita. El contenido de los mensajes preventivos no incorpora la diferenciación del riesgo y están basados en la típica relación heterosexual desde la perspectiva adulta.

### **Grupos vulnerables**

Aun cuando el marco legal protege los derechos humanos de las PVVIH y de otros grupos vulnerables, no hay un seguimiento de las violaciones y no existen medidas de compensación cuando se violan tales derechos. El gobierno no ha hecho lo suficiente para crear una cultura basada en los derechos o construir protocolos de seguimiento y compensación que pudieran facilitar a las PVVIH, HSH, trabajadora(e)s sexuales y adolescentes el ejercicio de sus derechos humanos.

De acuerdo con las leyes actuales, no existen profesiones o comportamientos que sean ilegales, como la homosexualidad, el uso de drogas por vía intravenosa, o el trabajo sexual, aun cuando la venta y tráfico de narcóticos si es un delito penado por las leyes. Sin embargo, los gobiernos locales y las fuerzas policiales nacionales mantienen casi de manera institucional una actitud de reproche en contra de la(o)s trabajadora(e)s sexuales bajo el argumento que ellos deben mantener el orden y la buena conducta.

**Personas que viven en el VIH:** Hay leyes en Perú que reconocen los derechos de las PVVIH. Sin embargo, las PVVIH enfrentan serias dificultades con respecto a: (a) logra el acceso a los servicios de salud y (b) mantener el acceso una vez que han empezado a recibirlos. A pesar de la existencia de leyes que reconocen los principios de autonomía, confidencialidad, derecho al trabajo y la protección en contra de la terminación de la relación laboral como consecuencia de la discriminación, la situación de las PVVIH está continuamente plagada por todo tipo de abusos, muchos de los cuales constituyen

violaciones de sus derechos más fundamentales, teóricamente protegidos por las leyes. El gobierno no ha considerado los problemas en los lugares de trabajo de las PVVIH como un área de preocupación, pero tampoco ha entrado dentro de las agendas del sector comunitario. Es más, información al respecto es bastante limitada.

**Mujeres:** Considerando que esta epidemia se centra en los grupos vulnerables, particularmente los hombres que tienen sexo con hombres, las intervenciones para las mujeres están generalmente dirigidas a las trabajadoras sexuales como grupo vulnerable. Sin embargo, esta estrategia sólo está enfocada en ETSs y VIH, y no en el empoderamiento de las mismas. A pesar del hecho que la proporción de mujeres afectadas, en comparación con los hombres, ha aumentado de una mujer por cada 14 hombres en 1990 a una por cada 3.6 hombres, esto no ha influenciado el diseño de estrategias de intervención preventivas. El Ministerio de la Mujer y Desarrollo Humano no ha desarrollado ninguna actividad, o coordinado alguna con el Ministerio de Salud, o activamente participado en CONAMUSA.

**Hombres que tienen sexo con hombres:** En relación a los HSH, hay importantes diferencias escondidas detrás de las tasas de infección o prevalencia debido a que estas no distinguen entre la población de HSH que son trabajadores sexuales y los que no lo son. Tampoco distinguen entre las distintas identidades sexuales, uniéndolas todas en un grupo homogéneo con el fin de recolectar información. La “etiqueta” de HSH muchas veces ha tenido como consecuencia que las necesidades específicas de algunos grupos sean invisibles debido a que se agrupan a los transexuales, a los HSH que no son trabajadores sexuales y a los adolescentes sin considerar sus particularidades y, por lo tanto, limitando el acceso de estos grupos a servicios de prevención, salud y tratamiento. Esto aumenta su vulnerabilidad y genera preguntas en relación al respeto de sus derechos.

**Personas que consumen drogas por vía intravenosas:** Las jeringuillas esterilizadas y desechables son usadas en los servicios de salud pública y están disponibles en las farmacias y otros establecimientos. Sin embargo, no se han reportado casos de personas que viven con el VIH que usen drogas por la vía intravenosa.

**Trabajadora(e)s sexuales:** desde 1997 la Estrategia Nacional de Salud estableció un sistema de Unidades de Atención Médica Periódica para trabajadoras sexuales con el fin de diagnosticar, atender y tratar apropiadamente las ETSs y el VIH/SIDA.

### **Consejería y pruebas y voluntarias (CPV)**

Desde 1997, las leyes protegen el acceso voluntario a las pruebas ELISA en los servicios prestados por el Ministerio de Salud, que deben ser acompañadas por consejería antes y después de la prueba. Sin embargo, la naturaleza voluntaria de la prueba continúa siendo cuestionada, sobre todo en los casos cuando esta es requerida como condición para conseguir un empleo o continuar en el mismo. En relación a la prueba para mujeres embarazadas, la ley indica que estas no son voluntarias sino obligatorias, pero que las mismas siguen incluyendo consejería. Sin embargo, en la práctica las mismas son hechas en grupos, lo que compromete la verdadera naturaleza de la consejería y viola la confidencialidad del individuo.

## **4. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

Tanto en el 2003 como en el 2005, el gobierno puso en marcha una evaluación de la implementación de la Declaración de Compromiso de la UNGASS. Ambas evaluaciones fueron realizadas con una limitada participación del sector comunitario. La versión final de la evaluación del 2003 nunca fue diseminada.

Una debilidad importante es la ausencia de un sistema de seguimiento organizado. Aun cuando existen distintos informes, estos no son más que la repetición de anécdotas y no apoyan los procesos de cabildeo y defensa de los derechos de las PVVIH y otras poblaciones vulnerables.

Con respecto a los derechos humanos, y aun cuando existe un marco legal, su implementación todavía esta en las primeras etapas, y no existen protocolos para su monitoreo.

## **5. LECCIONES APRENDIDAS**

Aun cuando el acceso a tratamientos constituye el mayor avance logrado en los últimos cinco años, todavía existen barreras económicas, sociales y culturales que necesitan enfrentarse. Adicionalmente, el costo de las pruebas, los problemas relacionados con el mantenimiento de los insumos, el estigma hacia, y la discriminación en contra de, los grupos vulnerables y las PVVIH, son los mayores obstáculos que impiden ampliar los servicios de tratamientos.

La lucha contra la discriminación en el sistema de salud pública, en los lugares de trabajo y en las escuelas no está ni entre las prioridades del gobierno, ni incluida en los planes de la Estrategia Sanitaria Nacional ni en ninguna de las agendas de los otros sectores involucrados.

# PERFIL DEL PAÍS: RUMANIA

Tomado del informe de Romanian Association Against AIDS (ARAS)

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	21,711,000
ESPERANZA DE VIDA – HOMBRES . . . . .	68
ESPERANZA DE VIDA – MUJERES . . . . .	76
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH . . . . .	7,000 [3,400-22,000]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON VIH . . . . .	N/A
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH – 15 A 49 AÑOS . . . . .	<0.1%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	N/A

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

En Rumania, la institución responsable de la política gubernamental sobre VIH/SIDA es la Comisión Nacional Multisectorial para el seguimiento, control y prevención de casos de VIH/SIDA (CNMS). El documento principal desarrollado por la CNMS es la Estrategia Nacional sobre el VIH/SIDA para el periodo 2004-2007. Dicha estrategia está compuesta por tres intervenciones principales: prevención, acceso a la atención y tratamiento y un sistema efectivo de seguimiento.

Los principales problemas para la implementación de la estrategia son: 1) la criminalización de grupos vulnerables, particularmente personas que consumen drogas y trabajadora(e)s sexuales; 2) la falta de infraestructura del sistema de salud; 3) la falta de cooperación horizontal entre los distintos ministerios relevantes; 4) la falta de recursos nacionales y de un adecuado sistema de seguimiento; y 5) la actitud general en relación al VIH/SIDA.

### Sector comunitario

El sector comunitario participó en la elaboración del borrador del Programa Nacional de SIDA a través del establecimiento de asociaciones de y para personas que viven con, o están afectadas por, el VIH/SIDA. En el 2000, estas organizaciones se unieron en lo que luego se convirtió en la Unión Nacional de Organizaciones de Personas afectadas por el VIH, que está representada en el CNMS.

Sin embargo, mientras que la participación en los procesos de toma de decisiones no constituye un problema, el verdadero apoyo y reconocimiento al sector comunitario sí lo es. En la práctica, la Estrategia Nacional es básicamente considerada

por las comunidades como un documento simbólico y no un verdadero compromiso del gobierno de involucrar a los actores comunitarios. Esto explica la falta de apoyo financiero, así como la falta de interés del gobierno de Rumania en apoyar a las ONGs que están involucradas en cabildeo y trabajo comunitario en beneficio de las PVVIH.

## 3. POLÍTICA NACIONAL DE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamientos, atención y apoyo

Uno de los principales objetivos de la Estrategia Nacional sobre VIH/SIDA es asegurar el acceso universal, continuo y no-discriminatorio a tratamientos, atención y servicios socio-médicos de las personas que viven con el VIH. Todos los pacientes deben registrarse para recibir los tratamientos con ARV siguiendo las Directrices Nacionales de Tratamiento desarrolladas por la Comisión Nacional para la Lucha contra el VIH/SIDA, establecida por el Ministerio de Salud.

Aun cuando en teoría no existen barreras formales que limiten la capacidad de las PVVIH a obtener tratamiento y servicios de atención, en la práctica estas siguen presentándose. Los mayores obstáculos que impiden el acceso a una atención integral y a los servicios de tratamientos son: 1) el acceso reducido a los centros de tratamientos urbanos debido a su número limitado y lo corto de sus horarios de trabajo; 2) la falta de información y consejería en relación a los tratamientos con ARV; y 3) las actitudes de algunos médicos y otros profesionales en los hospitales –que incluyen estigma y discriminación- y la falta de conocimiento sobre cómo trabajar con PVVIH.

## Prevención

El principal objetivo es mantener la tasa de prevalencia del VIH en el 2007 a los niveles del 2002 (0.04%), por lo que la prioridad de la Estrategia Nacional de prevención está enfocada en los jóvenes y grupos en situación de riesgo (trabajadora(e)s sexuales, personas que consumen drogas por vía intravenosa, hombres que tienen sexo con hombres, Roma,<sup>8</sup> prisioneros y poblaciones móviles). La estrategia también incluye la prevención de la transmisión vertical e intervenciones de prevención dentro del sistema médico y lugares de trabajo.

En teoría, la estrategia provee todos los servicios de prevención; sin embargo, en la práctica su implementación sigue siendo selectiva. En Rumania, el 80% de todos los servicios están situados en centros urbanos y sólo un 4% en áreas rurales. Aun cuando existe una amplia disponibilidad de condones en los centros urbanos, no existe una política nacional en relación al mercadeo de los mismos en los pueblos o villas. Por ejemplo, aun cuando los jóvenes que viven en zonas rurales han sido identificados como una de los objetivos de la estrategia de prevención, no se ha hecho nada para mejorar su acceso a los condones.

## Grupos vulnerables

Mientras que las campañas para los jóvenes y para la población en general fueron implementadas con el apoyo de los donantes internacionales, no se hizo nada parecido con los grupos más vulnerables. Las políticas actuales si hacen mención sobre el estigma y la discriminación de los grupos más vulnerables, aún así las barreras culturales, institucionales y legales no han sido enfrentadas adecuadamente por el gobierno de Rumania.

**Mujeres:** No hay programas específicos de prevención del VIH que tengan como objetivo a las mujeres. El único programa que responde parcialmente a las necesidades de las mujeres es la iniciativa de prevención de la transmisión materno infantil (o vertical). Dicha iniciativa está incluida en el Programa Nacional de SIDA, pero no se ha hecho una evaluación de la calidad y su impacto en las mujeres.

**Hombres que tienen sexo con hombres:** El único programa de prevención del VIH que tiene como objetivo a los HSH fue implementado por el sector comunitario. Debido al estigma y discriminación en contra de los HSH, estos tienen problemas de acceso a la mayoría de los servicios.

## Personas que consumen drogas por vía intravenosas:

Aun cuando existen varios programas de intercambio de jeringuillas, estos no tienen el apoyo del gobierno. Las jeringuillas y agujas esterilizadas están disponibles en las farmacias sin necesidad de prescripción, pero muchas de ellas se rehúsan a venderlas a las personas que consumen drogas. La terapia de sustitución con metadona es prácticamente inexistente. Las políticas sobre drogas están basadas en el castigo y persecución de los consumidores de las mismas por parte de la policía, haciendo que estos se alejen cada día más de los servicios. Estas prácticas negativas han dado como resultado que solo el 10% de todos los usuarios de drogas tengan acceso a los servicios necesarios y sólo un 2% de ellos esté usando equipos esterilizados de inyección.

**Trabajadora(e)s sexuales:** Rumania es uno de los países de Europa Central donde el trabajo sexual está prohibido por el código penal. Al mismo tiempo, la propagación de la epidemia del VIH/SIDA en la región coloca a la(o)s trabajadora(e)s sexuales en una situación de alto riesgo no sólo de contraer el VIH sino otras enfermedades. Adicionalmente, un porcentaje importante usa drogas. A pesar de la alta vulnerabilidad de al VIH, sólo existe un programa en el país que atiende sus necesidades y que es apoyado por el Fondo Mundial.

## Consejería y pruebas voluntarias (CPV)

De acuerdo con las estadísticas del Ministerio de Salud, en el 2005 se realizaron casi medio millón de pruebas del VIH, lo que representa un aumento considerable en comparación con el número de pruebas suministradas en el 2000. No hay información disponible en relación al suministro de consejería antes y después de la prueba. Sólo dos ONG prestan servicios de consejería antes y después de la prueba en 19 centros. El número de individuos de grupos vulnerables que han recibido la prueba es bastante bajo; en el 2005, menos de 1000 se realizaron la prueba.

## 4. MONITOREO Y EVALUACIÓN

El apoyo del Fondo Mundial presentó una oportunidad para transformar la Estrategia Nacional de VIH/SIDA en programas nacionales. Los acuerdos de monitoreo con el Fondo Mundial establecen objetivos y la elaboración de informes evaluativos para la estrategia nacional.

8. Roma, o Gitanos son la minoría étnica más importante en Europa, con una población estimada en 7 a 9 millones. Rumania es el país que tiene el número más grande de Romas (entre 1 y 2 millones).

## **5. LECCIONES APRENDIDAS**

La Estrategia Nacional sobre VIH/SIDA 2004-2007 fue el primer documento que demostró el compromiso político de Rumania en la lucha contra la epidemia. Sin embargo, aun cuando la estrategia ha sido apoyada ampliamente por el Fondo Mundial, no se ha logrado que los entes nacionales hagan aportes económicos similares. Por lo tanto, para que la Estrategia Nacional sea exitosa, es esencial que el gobierno de Rumania entregue los recursos financieros y técnicos necesarios para la pronta implementación de los programas, incluyendo su seguimiento a través del monitoreo y evaluación. Un componente crítico es construir alianzas sostenibles con el sector comunitario para incorporar sus destrezas. Sólo bajo estas condiciones es que la Estrategia Nacional de VIH/SIDA podría convertirse en algo más que un simple plan.

# PERFIL DEL PAÍS SERBIA Y MONTENEGRO

Tomado del informe del Yugoslav Youth Information Center

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	10,503,000
ESPERANZA DE VIDA – HOMBRES . . . . .	70
ESPERANZA DE VIDA – MUJERES . . . . .	75
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH . . . . .	10,000 [6,000 - 17,000]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON VIH. . . . .	2,000 [1,000 – 3,500]
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH – 15 A 49 AÑOS. . . . .	0.2%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	< 100

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

El gobierno estableció la Comisión Nacional sobre VIH/SIDA en marzo del 2002, la cual fue reestablecida en el 2004. Luego de una serie de debates y consultas, la Comisión aprobó la Estrategia Nacional sobre VIH/SIDA 2005-2010, y la puso marcha en febrero del 2005.

### Sector comunitario

EL VIH/SIDA fue una de las primeras áreas donde el gobierno incluyó al sector comunitario como aliado, con el fin de combatir la epidemia conjuntamente. La alianza se intensificó con la creación de la Comisión Nacional de SIDA y, especialmente, con la aprobación de la Estrategia Nacional en Junio del 2004. En el 2003, organizaciones del sector comunitario comenzaron a trabajar activamente con las poblaciones más difíciles de alcanzar.

## 3. POLÍTICA NACIONAL SOBRE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamientos, atención y apoyo

El gobierno garantiza – en teoría- el acceso universal a los ARVs y a otros medicamentos para la profilaxis o para las infecciones oportunistas de todas las PVVIH. Los entes públicos cubren el costo de los tratamientos con ARVs.

### Prevención

La mayoría de las herramientas de prevención están disponibles. Los condones masculinos se consiguen fácilmente en los hospitales y a través de las ONG y farmacias. Sólo una parte de la población está en conocimiento de los condones femeninos y los mismos son difíciles de conseguir en las farmacias u hospitales. Las jeringuillas esterilizadas se consiguen fácilmente en las farmacias, pero el estigma y la discriminación en contra de las personas que consumen drogas por vía intravenosa dificultan el acceso. La terapia de sustitución con metadona está siendo implementada por los hospitales del gobierno y es apoyada por el Ministerio de Salud.

### Grupos vulnerables

**Mujeres:** No hay programas de prevención dirigidos especialmente a mujeres y niñas.

**Hombres que tienen sexo con hombres:** Hay algunas actividades (intercambio de información, distribución de condones y lubricantes) destinadas a llegar a los HSH en cinco ciudades (Belgrade, Novi Sad, Subotica, Nis and Kragujevac). Todas estas actividades son desarrolladas por ONGs en colaboración con los Institutos de Salud Pública.

**Personas que consumen drogas por vía intravenosa:** Hay programas de reducción de daño liderados por ONGs, más que todo en las ciudades grandes. Los trabajadores comunitarios, incluyendo doctores y enfermeras, son entrenados para prestar servicios de consejería y orientación a los usuarios de drogas. Los centros ambulatorios, que son manejados por las ONGs, ofrecen consejería y pruebas del VIH de manera voluntaria.

**Trabajadora(e)s sexuales:** El estigma al cual son expuestas la(o)s trabajadora(e)s sexuales en Serbia, y la ilegalidad del trabajo sexual, da como resultado en primer lugar que el acceso a los servicios de salud sea pobre y en segundo, que exista una alta tasa de casos no reportados.

**Personas que viven con el VIH:** No hay énfasis especial en los derechos humanos de las personas que viven con el VIH. Los derechos humanos son implementados sin hacer referencia específica a las PVVIH. Los programas que existen para este grupo los manejan las ONGs. Los entes gubernamentales rara vez dan apoyo a las iniciativas para las PVVIH.

#### **Consejería y pruebas voluntarias (CPV)**

Los centros de pruebas son generalmente organizados a través de la colaboración entre el gobierno y las ONGs y reciben el financiamiento del mismo gobierno y de las agencias internacionales. Generalmente, los centros de CPV están ubicados como unidades separadas dentro de las instituciones de salud. El personal de los centros de pruebas está entrenado para atender las necesidades específicas de todo aquel que quiera hacerse una prueba del VIH. Otros servicios, como la consejería antes y después de la prueba, también son ofrecidos en estos centros.

#### **4. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

Se han ejecutado distintas iniciativas con la orientación del Grupo Temático sobre VIH/SIDA de las Naciones Unidas y del Fondo Mundial, dirigidas a establecer mecanismos eficientes de monitoreo y evaluación. En noviembre del 2004, se estableció un grupo de trabajo nacional de M&E. En enero del 2005, se desarrolló el primer borrador de los indicadores que fue aprobado por todos los entes interesados y los mismos fueron integrados dentro de la Estrategia Nacional.

#### **5. RECOMENDACIONES Y LECCIONES APRENDIDAS**

Para mejorar la respuesta de Serbia a la epidemia del VIH/SIDA se debe prestar mayor atención a los siguientes puntos: 1) apoyar el establecimiento de un sistema funcional de M&E a nivel nacional; 2) iniciar la formulación de políticas nacionales y estándares relacionados con servicios de salud, sociales y de educación diseñados especialmente para los jóvenes; 3) fortalecer los sistemas de vigilancia del VIH/SIDA/ETS; 5) incrementar la participación de las PVVIH; y 6) destinar mayores recursos para los proyectos a mediano y largo plazo.

# PERFIL DE PAÍS: SUDÁFRICA

Tomado del informe de Shaun Mellors, investigador principal

## 1. INDICADORES DEMOGRÁFICOS

POBLACIÓN ESTIMADA . . . . .	47,432,000
ESPERANZA DE VIDA – HOMBRES . . . . .	47
ESPERANZA DE VIDA – MUJERES . . . . .	49
NÚMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON VIH . . . . .	5,500,000 [4,900,000-6,100,000]
MUJERES 15 AÑOS Y MAYORES QUE VIVEN CON VIH. . . . .	3,100,000
TASA DE PREVALENCIA DEL VIH – 15 A 49 AÑOS. . . . .	18.8%
DEFUNCIONES POR SIDA . . . . .	1,200,000

Fuente: Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial del SIDA- 2006

## 2. RESPUESTA AL VIH/SIDA

### Gobierno

La estrategia de VIH/SIDA del gobierno de Sudáfrica está enfocada en 4 áreas fundamentales: prevención; tratamiento, atención y apoyo; investigación, monitoreo y vigilancia; y leyes y derechos humanos. El plan sobre VIH/SIDA toma en consideración, de manera específica, las poblaciones que históricamente han estado en desventaja y los distritos con fallas en sus sistemas de salud. El Consejo Nacional Sudafricano de SIDA (SANAC) fue reconstituido en noviembre del 2003 mediante la ampliación del número de sectores representados. El presupuesto nacional para el 2004-2005 también demuestra un mayor compromiso de gasto en el VIH y SIDA. El gobierno ha presupuestado aproximadamente 240 millones de dólares para programas y servicios para el VIH, de los cuales 62 millones son para la ampliación del programa de ARVs.

A pesar de los avances, es difícil medir la eficacia de la Política Nacional de VIH/SIDA debido a la ausencia de un sistema eficiente de monitoreo y evaluación. De la misma forma, los documentos oficiales y las políticas nacionales hacen muy poca referencia de las directrices y declaraciones internacionales. Los principales factores que impiden una implementación efectiva del plan nacional son: 1) la falta de cooperación entre los centros de salud pública y las comunidades; 2) la falta de integración de los servicios en tales centros, especialmente para el VIH y la tuberculosis; 3) una inadecuada coordinación a nivel nacional, provincial y a nivel de los distritos; y 4) la falta de recursos financieros para mantener los programas.

### Sector Comunitario

El Plan Nacional Integrado (PNI) para el VIH/SIDA garantiza un enfoque multisectorial y a la vez, la entrega conjunta de las diferentes contribuciones de todos los sectores de la sociedad. Esta estrategia multisectorial culminó, sin embargo, a finales del 2005 y actualmente no existe ninguna alianza con las comunidades acerca de las metas y direcciones futuras.

Los representantes del sector comunitario han tenido pocas oportunidades para revisar el Plan Nacional. A pesar de los esfuerzos enfocados a contribuir, es difícil tener un impacto significativo. En relación al desarrollo de la Política Nacional para el SIDA 2000-2005, el sector comunitario fue invitado a presentar ideas. Sin embargo, aun cuando eso fue un buen punto de entrada, no fue suficiente para asegurar la contribución sostenida. Todavía no está claro cómo el sector comunitario va a participar en el desarrollo de la Política Nacional sobre SIDA para el 2006-2010.

## 3. POLÍTICAS NACIONALES DE VIH/SIDA Y SU IMPLEMENTACIÓN

### Acceso a tratamientos, atención y apoyo

El gobierno de Sudáfrica está tratando de resolver los retos relacionados con la expansión del sistema de salud, el acceso rápido y efectivo a los medicamentos y la capacidad humana pero ha encontrado importantes obstáculos a la implementación exitosa. El avance en la implementación ha estado afectado principalmente por la falta de médicos, enfermeras y farmacéutas capacitados. Como resultado de la crisis de recursos humanos, muchos centros no están capacitados para recibir más pacientes. Lo que es aún peor es el hecho que esos centros tienen la capacidad técnica para comenzar los

programas con ARVs, pero no pueden hacerlo debido a los retrasos en el proceso de acreditación. La falta de personal de salud y de trabajadores sociales también empeora el grave problema de lograr el acceso a una nutrición adecuada.

El proceso de adquisición de los medicamentos se finalizó en marzo del 2005. La orden fue por un monto de 3.7 millardos de rands y expira en el 2007. Se escogieron 7 compañías farmacéuticas para que se encargaran de suministrar ARVs a las instalaciones de salud pública a nivel nacional. Los proveedores y los representantes oficiales del gobierno encargados del proceso de adjudicación deberían reunirse 4 veces al año para garantizar la planificación adecuada que permita cumplir con las demandas de ARVs. Pero a pesar de esto, el Foro de Monitoreo Conjunto de la Sociedad Civil<sup>9</sup> ha recibido numerosos informes en estos últimos meses en relación a la falta de disponibilidad de medicamentos en varias partes del país,<sup>10</sup> particularmente de *Efavirenz* (promocionado por MSD como Stocrin®).

Con esto en mente, la *Treatment Action Campaign* (TAC) continúa tomando todos los pasos legales necesarios para asegurar que compañías como MSD y Laboratorios Abbott concedan licencias para la producción local y/o importación de versiones genéricas de sus medicamentos patentados. La TAC también ha exhortado a la Ministra de Salud para que use su poder bajo la Ley de Patentes con el fin de emitir las licencias compulsorias necesarias.

Los tratamientos son gratuitos en los centros acreditados por el gobierno, los cuales se ubican principalmente en las instalaciones de salud pública. Existe, a veces, un pago administrativo en la visita inicial con el fin de emitir credenciales, etc. pero éste no está relacionado directamente con el tratamiento. Los ARVs se ofrecen en los centros del gobierno, ONG/OBC/OR y consultorios privados. Las medicinas genéricas están permitidas de acuerdo con las leyes de Sudáfrica. Existe una producción nacional para consumo interno y exportación, y también se importan algunas.

La Ministra de Salud declaró el año 2006 como “el año para acelerar la prevención del VIH y SIDA”. El enfoque multifacético de prevención ha sido destacado en el plan estratégico quinquenal sobre VIH y SIDA e incluye: información, educación y comunicación (IEC). Los elementos principales de la estrategia de IEC son vivir positivamente, los círculos de

apoyo (aumentando el apoyo a huérfanos y a otros niños y niñas vulnerables), una campaña para jóvenes y las intervenciones de IEC en las áreas geográficas de mayor transmisión.

Otros enfoques preventivos incluyen prevención relacionada con tratamiento (por ejemplo, tratamientos de ETSS) y las intervenciones para reducir el riesgo de la transmisión materno infantil. El gobierno también inició la producción de condones masculinos (marca CHOICE) en junio del 2004, lo que incrementó su uso de 33 millones a 45 millones. También se aumentó el financiamiento de los condones femeninos con el fin de duplicar su distribución para el 2004-2005.

### **Grupos vulnerables**

**Mujeres:** Las últimas estadísticas de Sudáfrica sobre VIH/SIDA indican que las mujeres siguen estando afectadas de manera desproporcionada por esta enfermedad. La desigualdad de géneros persiste, aumentando la vulnerabilidad de las mujeres al VIH. Aun cuando el Plan Estratégico Nacional reconoce que el “subordinación de las mujeres” es uno de los factores que alimenta la epidemia del VIH y SIDA, no se ha hecho casi nada para mejorar esa realidad.

**Hombres que tienen sexo con hombres:** Las personas homosexuales están protegidas por la constitución, y recientemente la Corte Constitucional impuso un plazo de 12 meses para finalizar la legislación que reconoce el derecho al matrimonio de las parejas del mismo sexo.

**Trabajadora(e)s sexuales:** De acuerdo con la *Sex Work Education and Advocacy Taskforce*, una ONG basada en Cape Town, Sudáfrica ha fracasado en responder en relación al trato adecuado de los derechos de la(o)s trabajadora(e)s sexuales. Las políticas que criminalizan el trabajo sexual menoscaban la oportunidad de considerar sus derechos. Debido a la ilegalidad del trabajo sexual, las iniciativas que buscan mejorar las condiciones de este grupo vulnerable generalmente están afectadas por el persistente estigma y discriminación.

**Niños y niñas:** Diversas organizaciones del sector comunitario están trabajando para apoyar y proteger a los huérfanos y niños y niñas infectados por el VIH/SIDA. En Agosto del 2005, varias organizaciones realizaron un taller de dos días con la participación de los principales entes interesados de la sociedad civil que trabajan en el sector de niños y VIH/SIDA. Los

9. Creado por el AIDS Law Project, el Health Systems Trust, el Centre for Health Policy, el Institute for democracy in South Africa, el Open Democracy Advice Centre, la Treatment Action Campaign, la UCT School of Public Health and Family Medicine, el Public Service Accountability Monitor and Médecins Sans Frontières

10. Particularmente en Gauteng, Kwa-Zulu-Natal y Mpumalanga.

participantes analizaron una serie de políticas – internacionales y nacionales- que tienen que ver con los derechos de los niños y niñas. La adecuada implementación de estas políticas debe ser una prioridad en Sudáfrica debido a que, actualmente, los niños y niñas afectados por la epidemia han sido ignorados.

**Personas que viven con el VIH:** La Carta de los Derechos (*Bill of Rights*) protege los derechos de todas las personas, y esto significa que las personas que viven con el VIH tienen los mismos derechos que cualquier otra persona– por lo menos en teoría. Por ejemplo, cualquier persona que vive con el VIH tiene el derecho a tratamiento y atención médica; los niños y niñas infectados con el VIH tienen el derecho a inscribirse en cualquier escuela; ningún patrón puede solicitar la prueba del VIH antes de emplear a alguien; ningún empleado puede ser despedido, aislado o rechazado, en caso de solicitar un trabajo, simplemente por vivir con VIH; las mujeres infectadas con el VIH tienen el derecho a tomar sus propias decisiones en cuanto a su embarazo y no pueden ser obligadas a abortar por esa razón; y toda persona que vive con el VIH tiene el derecho a la confidencialidad.

Las compañías de seguro pueden, en la actualidad, negarse a extender pólizas de seguro de vida a las personas que viven con el VIH. Sin embargo, muchas compañías de seguros tienen pólizas especiales para las personas que viven con VIH.

#### **Consejería y Pruebas Voluntarias (CPV)**

Los servicios de CPV son considerados como una de las principales estrategias de prevención. El gobierno de Sudáfrica ha duplicado el número de centros de salud que prestan servicios de CPV, de 1.500 en el 2002/2003 a 3.686 en el 2004/2005. El número de personas que usan esos servicios también se ha duplicado en el 2005.

#### **4. MONITOREO Y EVALUACIÓN**

Ha existido poco intercambio y escasas oportunidades para revisar el plan nacional. De hecho, las relaciones con y entre las principales organizaciones del sector comunitario están más frágiles que nunca. Aun cuando existen numerosos esfuerzos de colaboración, enérgicos y focalizados de la sociedad civil es difícil mantenerlos, o tener un impacto significativo, si existen contradicciones constantes, confusiones y retrocesos, sobre todo cuando vienen directamente de los entes principales encargados de la elaboración de políticas.

El Foro de Monitoreo Conjunto de la Sociedad Civil señala que aun cuando el gobierno ha establecido indicadores nacionales, no está claro si la información se está recogiendo de acuerdo a esos indicadores. La data no está disponible, por lo que es difícil medir el impacto clínico del plan operacional y del programa de prevención de la transmisión vertical.

El programa de monitoreo de tratamiento fue establecido e incorporado dentro del *Health System Trust*. El fin de este programa es facilitar y apoyar un grupo de actividades de investigación en Sudáfrica con el fin de asistir en el monitoreo del acceso a tratamientos y atención del VIH, así como medir el impacto que tiene el VIH en los servicios de salud en todo el país. De la misma manera, el proyecto busca identificar e intercambiar información sobre los modelos de mejores prácticas y lecciones aprendidas con el fin de estimular y promover la constante mejoría del tratamiento y de la atención efectiva y eficiente del VIH en los servicios de salud en general.

#### **5. LECCIONES APRENDIDAS Y RECOMENDACIONES**

Los logros que se han alcanzado hasta el momento todavía son insuficientes como para asegurar una respuesta integral y eficiente al VIH/SIDA en Sudáfrica. El gobierno necesita desarrollar y apoyar un programa integrado para el SIDA que provea un liderazgo único en el país. El desarrollar referencias a las directrices internacionales tiene que ser un componente vital de todas las políticas nacionales. La sociedad civil tiene que ser más proactiva para aumentar la concientización y la comprensión de la Declaración de Compromiso y debe desarrollar los mecanismos necesarios para usar la misma como una herramienta de cabildeo.

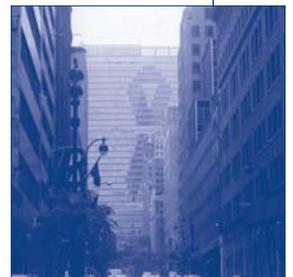
# COINFORMACIÓN PARA CONTACTAR A LOS INVESTIGADORES DE CADA PAÍS

## ANEXO A

Camerún	LUKMEF-Cameroon	BP 1348 South West Province Limbe Cameroon Tel/Fax 237 333 28 60 www.lukmefcameroon.org ceo@lukmefcameroon.org
Canadá	AIDS Calgary Awareness Association	#200, 1509 Centre Street South Calgary, Alberta T2G 2E6 Canada Fax: (403) 263-7358 www.aidscalgary.org ldolan@aidscalgary.org
El Salvador	Asociación Atlacatl Vivo Positivo	43 Av. sur y 12 calle Poniente # 606 Colonia Flor Blanca San Salvador – El Salvador Tel. (503) 22983950 / 22985801 srmontealegre@yahoo.com
Honduras	Nelson J. Arambú (investigador)	Bo. Guanacaste, Ave. Gutemberth, Apartamentos Girón Apto. 1, Frente Hotel Granada #1 (504) 385-6832 njarambut@yahoo.com
Indonesia	PITA Foundation	Menara Thamdin 10th floor JL.MH Thamrin Kav 3 Jakarta 10250 Indonesia
Irlanda	Gay HIV Strategies – Gay and Lesbian Equality Network (GLEN) y el Health and Development Networks	Fumbally Court, Fumbally Lane Dublin 8, Ireland Tel: +353 1 4732602 www.glen.ie ciaranmckinney@glen.ie
Jamaica	Jamaica AIDS Support (JAS)	4 Upper Musgrave Avenue, Kingston 10, Jamaica Tel: 1 876 978-2345 Fax: 1 876 978 7876 info@jamaicaaidssupport.com
Marrueco	Association de lutte contre le SIDA (ALCS)	17 Bd Al Massirra El Khadra, Mâarif, Casablanca Tel: 022 99 4242/43 www.alcsmaroc.org alcs@menara.ma
Nepal	Blue Diamond Society	Blue Diamond Society GPO Box: 8975, EPC 5119 Kathmandu, Nepal Tel: 977 1 4443350, www.bds.org.np sunil@bds.org.np

Nigeria	Network of People Living with HIV/AIDS in Nigeria (NEPWHAN)	4, Jaba Close, Off Arthur Unegbe Street Area 11 Garki Abuja, Nigeria Tel: 234-9-3145505-7 Fax: 234-9-3145506 www.nepwhan.com patmatem@nepwhan.com
Perú	Asociación Viá Libre	Tel: 51-1-4331396 Fax: 51-1-4331578 www.vialibre.org.pe rcabello@vialibre.org.pe
Rumania	Romanian Association Against Aids (ARAS)	Intrarea Mihai Eminescu no 5, sector 2, Bucharest - Rumania Tel/Fax: +4021 210 20 77 catalina.iliuta@arasnet.ro
Serbia y Montenegro	Yugoslav Youth Information center (YYIC)	30, Prote Mateje St, 11 000 Belgrade Serbia and Montenegro +381 11 308 66 26 +381 63 23 22 77
Sudáfrica	Shaun Mellors ( investigador)	C/O Gender AIDS Forum 1101 Sangro House 417 Smith Street Durban 4000 Tel: 27 31 307 1253 Fax: 27 31 307 1254 s-mellors@mweb.co.za





**ICASO**  
INTERNATIONAL COUNCIL OF  
AIDS SERVICE ORGANIZATIONS

Consejo Internacional de Organizaciones  
No Gubernamentales con Servicio en SIDA –ICASO  
Secretariado Internacional  
65 Wellesley Street E., Suite 403  
Toronto, Ontario, Canada M4Y 1G7  
Tel: (1-416) 921-0018  
Fax: (1-416) 921-9979  
Portal: [www.icaso.org](http://www.icaso.org)  
Correo electrónico: [ungass@icaso.org](mailto:ungass@icaso.org)