



DEFENSAS



Órgano oficial de difusión de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal



Derechos humanos y VIH/sida

Derechos humanos en el centro de la lucha contra el VIH/sida
10 razones

Trabajo sexual y derechos humanos
Elena Reynaga

La movilidad: un derecho fundamental para personas con VIH/sida
Peter Wiessner y Karl Lemmen

Número 9, año VI, septiembre de 2008

En memoria de Gilberto Rincón Gallardo



3 EDITORIAL

Derechos humanos y VIH-sida



Opinión
y debate



Acciones
CDHDF



6 VIH/sida.
Impacto del estigma y la discriminación
en el contexto de los derechos humanos
EMILIO ÁLVAREZ ICAZA LONGORIA

11 Ya se habían tardado
GLORIA ORNELAS HALL

13 Trabajo sexual y derechos humanos
ELENA REYNAGA

18 La movilidad. Un derecho fundamental
para personas con VIH-sida
PETER WIESSNER Y KARL LEMMEN

22 Entrevista a REBECA SCHLEIFER
La violencia contra las mujeres incrementa
la feminización del VIH

24 Reforma del Estado en derechos humanos.
Avances y retrocesos
RICARDO J. SEPÚLVEDA I.



32 Emisión y aceptación de recomendaciones
• 9/2008
• 10/2008

37 La policía que queremos
Una consulta ciudadana para proponer

39 xv aniversario de la CDHDF
Emiten 100 millones de boletos del metro
conmemorativos



Órgano de difusión mensual de la CDHDF número 9, año VI, septiembre de 2008. Número de reserva otorgada por el Instituto Nacional del Derecho de Autor de la Secretaría de Educación Pública: 04-2003-112814201500-102. Número de Certificado de Licitud de Título: 12792 y número de Certificado de Licitud de Contenido: 10364, otorgados por la Comisión Calificadora de Publicaciones y Revistas Ilustradas de la Secretaría de Gobernación.

Comité editorial: Ricardo Bucio Mújica, José Cruz Lavanderos Yañez, Luis González Placencia, María Alejandra Nuño Ruiz Velasco, Hugo Morales Galván, Daniel Ponce Vázquez, Patricia Colchero Aragonés, Luis J. Vaquero Ochoa, Rosa María Cruz Lesbros, Sergio Santiago Galván, Rosalinda Salinas Durán, Eréndira Cruzvillegas Fuentes y Víctor Morales Noble.

Publicación editada por la Secretaría Técnica de la CDHDF. Los artículos firmados que aparecen en esta edición son responsabilidad de los autores y los no firmados son de la autoría de la CDHDF. Impresión: Servicios de Medios Alternativos, S.A. de C.V., calzada de las Águilas 1842, col. Axomiatla, 01820 México, D. F. Suscripciones y distribución: Jacqueline Ortega Torres, tel.: 5229 5600, ext.: 1734, Carmona y Valle núm. 5, cuarto piso, Col. Doctores, 06720 México, D. F. Tiraje: 3 200 ejemplares. Impreso en México / Printed in Mexico. ISSN: 1665-8086.



Referencias



42 Acceso universal en 2010.
Expertos ven difícil alcanzar el objetivo

44 Infancia y VIH-sida



48 Uso de drogas y vulnerabilidad frente al VIH

50 Derechos humanos en el centro de la lucha
contra el VIH-sida.
10 razones

54 Migración y VIH-sida

58 Vida digna.
Un esfuerzo por reducir la discriminación



61 Numeración

63 Libro del DEFENSOR

- *Strategies for change. Breaking barriers to HIV prevention, treatment and care for women*
MELANIE CROCE-GALIS
- *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*
JOSÉ ÁNGEL CÓRDOVA VILLALOBOS, SAMUEL PONCE DE LEÓN ROSALES
Y JOSÉ LUIS VALDESPINO
- *Programas sobre VIH-sida en el lugar de trabajo. Una guía para gerentes*
BILL RAU
- *HIV-sida and human rights: a resource guide*
JONATHAN COHEN
- *Harm reduction developments 2008*
IHRD

DIRECTORIO INSTITUCIONAL

PRESIDENTE
Emilio Álvarez Icaza Longoria

CONSEJO
Elena Azaola Garrido
Judit Bokser Misses
Daniel Cazés Menache
Santiago Corcuera Cabezut
Denise Dresser Guerra
Patricia Galeana Herrera
Ángeles González Gamio
Armando Hernández Cruz
Clara Jusidman Rapoport
Carlos Ríos Espinosa

SECRETARÍAS
Ejecutiva • Luis J. Vaquero Ochoa
Técnica • Ricardo Bucio Mújica

VISITADURÍAS
Primera • José Cruz Lavanderos Yáñez
Segunda • Patricia Colchero Aragonés
Tercera • Luis González Placencia
Cuarta • María Alejandra Nuño Ruiz V.

DIRECCIONES GENERALES
Administración
Román Torres Huato
Comunicación Social
Hugo Morales Galván
Educación y Prom. de los Derechos Humanos
Daniel Ponce Vázquez
Quejas y Orientación
Victor Morales Noble

CONTRALORÍA INTERNA
Rosa María Cruz Lesbros

DIRECCIONES EJECUTIVAS
Investigación y Desarrollo Institucional
Sergio Santiago Galván, encargado de Despacho
Seguimiento
Rosalinda Salinas Durán

COORDINACIONES
Asesores
Sergio Santiago Galván
Asuntos Jurídicos
María del Rosario Laparra Chacón
Interlocución Institucional y Legislativa
Víctor Brenes Berho

**RELATORÍA PARA LA LIBERTAD DE EXPRESIÓN
Y ATENCIÓN A DEFENSORAS Y DEFENSORES
DE DERECHOS HUMANOS**
Eréndira Cruzvillegas Fuentes

SECRETARÍA PARTICULAR DE LA PRESIDENCIA
Laura Gutiérrez Robledo



Fotografía de portada:
Edgar Sáenz Lara/CDHDF



**1ra Marcha Internacional contra el Estigma,
la Discriminación y la Homofobia.**

**1st International March against Stigma,
Discrimination and Homophobia.**

**1re marche internationale contre la stigmatisation
la discrimination et l'homophobie.**

أهنا هياركو زيي متلاو مصولا دض لوالا ةيلودلا ةريس

**Первый запуск против стигмы,
дискриминации и гомофобии**

第一背道而馳的恥辱，歧視和仇視同性戀

Derechos humanos y VIH/sida



En agosto pasado se celebró la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida en la ciudad de México donde se reunieron cientos de personas dedicadas a la investigación científica, a la educación, a la salud, a la academia, a la política y a la defensa de los derechos humanos provenientes del sector público o de la sociedad civil organizada cuyo trabajo está enfocado al tema del VIH/sida.

Este número de DFENSOR nació de la preocupación por la imposibilidad de garantizar el acceso universal de medicamentos para las personas que viven con VIH/sida; de la necesidad de dar a conocer las 10 razones por las que los derechos humanos son importantes –ahora más que nunca– para combatir esta enfermedad; del deseo de informar sobre cómo la situación de violencia y machismo histórico hacen vulnerables a las mujeres frente al VIH; de la importancia de enfatizar en cómo esta enfermedad afecta a las niñas y los niños de México; de escuchar los reclamos de las y los trabajadores sexuales para formar parte de la solución; de escuchar las vivencias de las y los usuarios de drogas, y de toda la experiencia vivida en esta Conferencia.

Han pasado ya 27 años desde que se tuvo noticia del primer caso de VIH/sida en el mundo. Desde entonces, el estigma y la discriminación han dado impulso a su transmisión y han aumentado en gran medida el impacto asociado a la misma; hecho tan devastador como la propia enfermedad. Y es que, debido a que se atribuye la culpa a individuos y grupos considerados diferentes, la sociedad ha eximido su responsabilidad de reconocer los riesgos, afrontar el problema y cuidar a las personas afectadas.

Al respecto es fundamental enfatizar que todas las personas tienen derecho a la no discriminación, a una vida digna, a la igualdad, al trabajo, a la salud y a vivir una vida libre de violencia. El respeto de todos estos derechos es fundamental para detener el crecimiento de esta epidemia en beneficio de quienes la viven y de quienes no también.

El no implementar políticas públicas efectivas para la prevención de la pandemia es una clara violación al derecho a la educación y a los derechos sexuales y reproductivos.

La CDHDF está convencida de que no se ganará la batalla contra esta enfermedad si los programas de atención y prevención impulsados por los gobiernos, no están estructurados con una perspectiva de respeto y defensa de los derechos humanos, tanto de las personas que viven con VIH/sida como del resto de la población, sobre todo de los grupos más vulnerables. Acompañamos y celebramos la reciente aprobación de la ley que crea el Consejo para la Prevención y la Atención Integral del VIH-Sida del Distrito Federal, a fin de proporcionar el marco jurídico adecuado en esta materia para quienes estén infectados con este virus, o con otros padecimientos de transmisión sexual.

Así, se da un paso más en nuestra ciudad por la defensa de los derechos humanos tanto de las personas que viven con VIH/sida como de las personas que deben aprender a prevenir esta enfermedad.

**¡Acción Universal:
Respeto A La
Diversidad Sexual!**

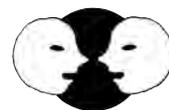
ASTA
DE LAS
ACION
OMO

En C
Diso
de





Fotografía: Hugo Morales.



Opinión y debate

El análisis de la problemática del VIH/sida, el reconocimiento de la importancia de los derechos humanos en el combate de esta pandemia, los reclamos de quienes sufren constantes violaciones a sus derechos al trabajo, a la salud, a la información, a la dignidad, a la igualdad y a vivir una vida libre de violencia son los ingredientes que en esta ocasión nutren a esta sección.

Parece increíble, pero fue en la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida que se abordó por vez primera el tema de los derechos humanos como pieza clave para ganar la batalla contra la epidemia que ha costado la vida a millones de personas en el mundo. Por ello, DFENSOR abre este espacio para la reflexión y el debate en torno a la problemática del VIH/sida y el papel que en su combate juegan los derechos humanos. Además, Ricardo Sepúlveda escribe sobre la reforma del Estado en México y los avances que, en materia de derechos humanos, se han dado hasta ahora.

Emilio Álvarez Icaza Longoria*

VIH/sida

Impacto del estigma y la discriminación en el contexto de los derechos humanos

El VIH/sida es una problemática que afecta a personas de todas las razas, religiones, edades, nacionalidades, ideologías, culturas y estratos sociales; por ello, su control y erradicación requiere la actuación decidida, coordinada y comprometida de todos los actores.

Desde la aparición de los primeros casos hasta nuestros días¹ se han hecho numerosos esfuerzos a nivel mundial para detener la pandemia del VIH/sida, sin embargo, los casos de personas infectadas continúan: en 2007 había 33 millones de personas que vivían con VIH, se produjeron 2.7 millones de nuevas infecciones por dicho virus y 2 millones de fallecimientos en promedio relacionados con el sida.²

Se calcula que en ese mismo año se infectaron por el VIH 370 millones de personas menores de 15 años, el total de esta población ha aumentado de 1.6 millones en 2001 a 2 millones en 2007; casi 90% de ellos viven en África subsahariana.³

En los 25 años transcurridos desde que se declaró el primer caso de sida hasta ahora, esta enfermedad se ha convertido en la principal causa de muerte prematura en dicha región africana y en la cuarta causa de muerte a nivel mundial: más de 20 millones de personas han muerto en todo el mundo desde que comenzó la epidemia.⁴

* Presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF).

¹ El sida se descubrió apenas en 1981; en ese momento los médicos observaron que se trataba de una enfermedad diferente a las que se conocían. Hoy se calcula que apareció hace por lo menos 40 años. Véase: <http://www.copo.df.gob.mx/calendario/calendario_2004/diciembre/sida.html>. Página consultada el 29 de julio de 2008.

² Onusida (2008), Informe sobre la epidemia mundial de sida, en: <http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/080715_fs_global_es.pdf>, página consultada el 30 de julio de 2008.

³ *Idem*.

⁴ ONU, Objetivo 6: Combatir el VIH/sida, el paludismo y otras enfermedades en: Objetivos de Desarrollo del Milenio de la ONU, véase en: <<http://www.un.org/spanish/events/aids2007/odm.shtml>>, página consultada el 27 de julio de 2008.

Desde el principio de esta terrible epidemia, el estigma y la discriminación han dado impulso a su transmisión y han aumentado en gran medida el impacto asociado a la misma.

POR TODOS LOS EFECTOS PERSONALES Y SOCIALES QUE CONLLEVA, LA LUCHA CONTRA LA EPIDEMIA ES UN DESAFÍO PARA LA HUMANIDAD Y PARA LA GARANTÍA DE LOS DERECHOS HUMANOS DE TODAS LAS PERSONAS

Hoy en día nadie puede negar que la estigmatización y la discriminación que rodean al VIH/sida han sido tan devastadoras como la propia enfermedad, pues debido a que se atribuye la culpa a individuos y grupos considerados *diferentes* la sociedad ha eximido su responsabilidad de reconocer los riesgos, afrontar el problema y cuidar a las y los afectados.

Por todos los efectos personales y sociales que conlleva, la lucha contra la epidemia es un desafío para la humanidad y para la garantía de los derechos humanos de todas las personas.

Estigma, discriminación y VIH/sida

El estigma, entendido como un proceso dinámico de devaluación que desacredita significativamente a un individuo ante los ojos de la sociedad, debido a que su comportamiento no se encuentra en los estándares que ubicamos dentro de las buenas costumbres, ha venido acompañando a la enfermedad desde su aparición.

Cuando el estigma se instala, el resultado es la discriminación que se expresa en la distinción, exclusión o restricción arbitraria que afecte a una persona, generalmente –pero no de forma exclusiva– por motivo de una característica personal inherente o por su presunta pertenencia a un grupo concreto con independencia de que exista o no alguna justificación para tales medidas.

En el caso del VIH y el sida, el estado seropositivo de una persona, confirmado o sospechado, se convierte en fuente de estigma y discriminación, mismos que están interrelacionados y constituyen un círculo vicioso en que se refuerzan mutuamente.

Debido a que la vía sexual es una de las principales formas de transmisión del VIH/sida y a que gran parte de los primeros casos que salieron a la luz afectaban a personas pertenecientes a la comunidad homosexual,

esta enfermedad nació con un fuerte estigma que culpa a las personas que la sufren partiendo de suposiciones sobre su modo de vida y sus prácticas sexuales.

En muchos casos se ha llegado a sugerir que el VIH es una enfermedad de trabajadoras sexuales, una enfermedad de África o la peste de los gay. A esto habría que añadir las ideas religiosas de pecado que han venido a contribuir, mantener y reforzar la percepción de que la infección por el VIH es un castigo por una conducta aberrante e inmoral.

Se considera a menudo que las personas que viven con el VIH se merecen su estado porque han hecho algo malo, lo que ocasiona desigualdades y consolida la producción y reproducción de relaciones de poder injustas.⁵

La discriminación de las personas que padecen VIH/sida tiene su fundamento en el miedo procedente en la mayoría de los casos de la ignorancia sobre la enfermedad o de la existencia de información errónea o distorsionada; de ahí la importancia de subsanar los malentendidos acerca de cómo se transmite el VIH/sida.⁶

Así, los prejuicios sexuales, la ignorancia sobre la enfermedad, y los conceptos erróneos sobre su transmisión se asocian a prejuicios y temores relacionados con la imposibilidad de curar esta enfermedad y conducen directamente a la discriminación y a otras violaciones a los derechos humanos de las personas que viven con VIH/sida.

Como ocurre con todo tipo de discriminación, su persistencia se ve reflejada también en contextos institucionales: en el lugar de trabajo, servicios de asistencia sanitaria, prisiones, instituciones educativas y en centros de bienestar social.

La prevalencia del estigma en la sociedad y en el comportamiento de las y los ciudadanos son elementos que inciden en forma negativa en la convivencia social y en el espacio público y privado. Por ello, es necesario que los Estados asuman un papel preponderante en su erradicación, ya que por omisión, ausencia o falta de aplicación de leyes, políticas y procedimientos para proteger los derechos de las personas que viven con el VIH la pandemia sigue incrementándose.

⁵ "Violaciones de los derechos humanos, estigma y discriminación relacionados con el VIH: estudios de caso de intervenciones exitosas", Onusida, 2005, p. 7. Véase: <<http://www.ministeriodesalud.go.cr/derechos%20humanos/sida/violacionesddhh.pdf>>, página consultada el 27 de julio de 2008.

⁶ El VIH/sida y los derechos humanos. Jóvenes en acción, Unesco/Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida), 2001, véase: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0012/001264/126403s.pdf>>, página consultada el 27 de julio de 2008.

VIH/sida y derechos humanos

Tomando en cuenta lo abordado en el apartado anterior, la discriminación debe verse como un mecanismo estructural de exclusión, y no sólo como una acumulación de actos particulares de desprecio, que se refleja muchas veces en medidas institucionales. Por consiguiente, es una violación de los derechos a la salud, a la dignidad y a la igualdad ante la ley, lo que hace imperativa la intervención del Estado y la sociedad para garantizar el derecho de toda persona a no ser discriminada.

Aunque a nivel internacional no existe ningún convenio o tratado internacional dedicado específicamente a la cuestión de los derechos humanos y el VIH/sida, el principio de no discriminación basado en el reconocimiento de la igualdad de todas las personas se estipula en numerosos instrumentos internacionales como: la Declaración Universal de Derechos Humanos (párrafos 5 y 6 de su Preámbulo, artículo 2.1, artículo 7°), el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (parte II, artículos 2°, 3°, 16 y 26), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (artículos 2.2. y 3°), la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención sobre los Derechos del Niño, el Programa de Acción de la Conferencia Mundial contra el Racismo, la Discriminación Racial, la Xenofobia y las Formas Conexas de Intolerancia (Declaración de Durban) y la Proclamación de Teherán, entre otros.⁷ En nuestro país, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, en el tercer párrafo de su artículo 1°, consagra los derechos humanos y reconoce el derecho a la no discriminación.⁸

Estos documentos, prohíben la discriminación por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión

política o de otro tipo, propiedad, nacimiento u otras condiciones.

En el caso específico del VIH/sida, el consenso mundial sobre la importancia de afrontar el estigma y la discriminación relacionados con esta enfermedad se hizo patente en la Declaración de compromiso, adoptada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida, en junio de 2001.

En dicha Declaración se señala que la lucha contra el estigma y la discriminación es un requisito previo para una prevención y asistencia eficaz, y se reafirma que la discriminación de una persona por razón de su estado serológico del VIH es una violación de los derechos humanos.

Así, a pesar de que hemos visto avances en materia de instrumentos y legislación sobre no discriminación, son necesarios esfuerzos específicos sobre el VIH/sida a nivel internacional, regional y local.

La situación del VIH en México

En México, al igual que en el resto del mundo, el VIH/sida se ha convertido en un problema prioritario de salud pública que tiene múltiples repercusiones psicológicas, sociales, éticas, económicas y políticas, que rebasan el ámbito de la salud.

El Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/sida (Censida) reporta al 30 de junio de 2008 un total de 121 mil 718 casos acumulados en nuestro país; sin embargo, la información presentada por la ONU en su último *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2008* hace estimaciones que señalan que en México existen alrededor de 200 mil personas viviendo con VIH.⁹

De los casos reportados por Censida el mayor porcentaje (17%) se ubica en el Distrito Federal, le siguen el Estado de México que concentra 10% de los casos, Veracruz con 9% y Jalisco con 8.4 por ciento.¹⁰

Desde que existe esta epidemia en nuestro país, el mayor porcentaje de personas infectadas han sido los hombres, sin embargo, el de mujeres se ha ido incre-

⁷ En el caso de las Declaraciones y Proclamaciones, éstas no dependen de la ratificación de los países. Se asume que quienes conforman la Organización de las Naciones Unidas y sus organismos internacionales, suscriben dichas Declaraciones.

⁸ "Queda prohibida toda discriminación motivada por origen étnico o nacional, el género, la edad, las discapacidades, la condición social, las condiciones de salud, la religión, las opiniones, las preferencias, el estado civil o cualquier otra que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas". A nivel nacional, en 2003 se publicó la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, que daría origen al Consejo Nacional para Prevenir la Discriminación (Conapred), y en 2005 se publicó la Ley General de las Personas con Discapacidad. A nivel local, en julio de 2006 fue publicada la Ley para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el Distrito Federal (que daría origen al Consejo para Prevenir y Erradicar la Discriminación en el Distrito Federal), se tipificó a la discriminación en el Código Penal para el Distrito Federal (Título décimo) y contamos con una Ley para las Personas con Discapacidad del Distrito Federal.

⁹ "México es cuarto en gasto antisida", Milenio, miércoles 30 de julio de 2008, p. 46.

¹⁰ Censida, información actualizada al 30 de junio de 2008, disponible en <<http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2008/entidadfederajunio.pdf>>, página consultada el 28 de julio de 2008.

mentando peligrosamente. De acuerdo con el último reporte de Censida, 83% de los casos de sida reportados a nivel nacional corresponden a hombres y 17% a mujeres.¹¹

Haciendo un análisis por edades de las y los afectados en el país destaca que 78.4% se ubica entre los 15 y 44 años de edad, 19.2% tiene más de 44 años y 2.4% entre 0 y 14 años de edad, lo que nos recuerda que la población de jóvenes y adultos jóvenes son los más afectados.

Asimismo es interesante analizar la categoría de transmisión de los casos de sida pues a partir de ello podemos ubicar algunos de los principales patrones de riesgo en el país.

En los casos acumulados de 1983 a 2008, la transmisión por vía sexual sigue siendo la forma más común de contagio y ocupa un porcentaje mayor en hombres (96.2%) que en mujeres (89.9%). Lo opuesto ocurre con la transmisión sanguínea que tiene un porcentaje global menor, pero es mayor en mujeres (10.1%) que en hombres (3.4%);¹² sin embargo, es de destacarse el importante porcentaje de contagios por uso de drogas inyectables, sobre todo en hombres (1.3%), razón por la cual es un sector al cual deben dirigirse campañas específicas.¹³

LA DISCRIMINACIÓN SÓLO PODRÁ SUPERARSE EN LA MEDIDA EN QUE EL ESTADO SEA CAPAZ DE ARTICULAR UNA ESTRATEGIA ESTRUCTURAL BASADA EN UN ESQUEMA GARANTISTA DE DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS.

De manera contraria a una de las ideas que predominan en nuestra sociedad, las personas heterosexuales ocupan un porcentaje mayor dentro de quienes padecen esta terrible enfermedad en México: 89.9% de las mujeres que viven con sida son heterosexuales, del resto, se desconoce su orientación. En el caso de los hombres, 40% de los casos acumulados desde 1983 hasta la fecha son de heterosexuales, 32.8% de homosexuales y 23.4% de bisexuales.¹⁴ Estas cifras demuestran que el estigma asociado al sida es una falacia que nos aleja de un flagelo que afecta a todas y todos.

¹¹ *Idem.*

¹² *Idem.*

¹³ *Idem.*

¹⁴ *Idem.*

La *Primera encuesta de mitos y preconcepciones sobre la homosexualidad* realizada en 2007, muestra que la mayoría de las personas pertenecientes a grupos en situación de vulnerabilidad perciben una gran discriminación en nuestro país. En cuanto al grado de tolerancia sólo 4 de 10 personas (40.5%) aceptaría en su casa a un enfermo de sida; además 6 de cada 10 ciudadanos (60%) considera que ser homosexual es factor de riesgo para contraer el VIH.¹⁵

Esta evidencia da cuenta de que la discriminación sólo podrá superarse en la medida en que el Estado sea capaz de articular una estrategia estructural basada en un esquema garantista de derechos fundamentales de las personas.

El caso del Distrito Federal

La Secretaría de Salud (ssa) en este 2008 señala la existencia de 21 mil 256 personas con sida y 4 mil 638 infectadas con el VIH en el Distrito Federal.¹⁶ De las personas que viven con sida en esta ciudad, 89% son hombres y 11% mujeres. La Secretaría de Salud del Distrito Federal (ssa-DF) y el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) atienden a la mayor parte de estas personas, (44 y 43% respectivamente), el resto es atendido por otras instituciones.¹⁷ En cuanto a las y los pacientes seropositivos, 86% son hombres y 14.2% mujeres. La gran mayoría es atendida por la ssa (74%), el resto es atendido por otras instituciones.

Ante este problema, el Gobierno del Distrito Federal ha implementado un programa de VIH y cuenta, además, con la Clínica Condesa, única en su tipo en América Latina donde se proporcionan servicios de atención y prevención a personas con VIH que no cuentan con otro tipo de seguridad social. Para valorar y ponderar los alcances de estas políticas, resulta pertinente analizar el papel desempeñado por esta última en el control de esta enfermedad.

En dicha clínica se les brinda atención general, especialidades, odontología, atención psicológica y nutricional. Asimismo, se les otorgan medicamentos a través

¹⁵ Consulta Mitofsky, *Primera encuesta de mitos y preconcepciones sobre la homosexualidad*, 2007, en: <http://www.consulta.com.mx/interiores/99_pdfs/12_mexicanos_pdf/NA20070201_HomosexualidadMx.pdf>, página consultada el 28 de julio de 2008.

¹⁶ La información fue proporcionada por la Segunda Visitaduría General de la CDHDF.

¹⁷ Como el ISSSTE, la Sedena, Pemex o el sector privado.

del Programa de Medicamentos Antirretrovirales Gratuitos.

Conscientes de la importancia de contribuir al conocimiento del VIH/sida en la ciudad, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) está elaborando un primer informe sobre esta problemática en la ciudad de México. Por tal motivo se ha realizado un estudio que considera tanto a las y los pacientes como al personal que labora en la Clínica Condesa,¹⁸ algunos datos preliminares de la investigación efectuada para dicho informe resaltan que:

- Se entrevistó al personal de la clínica. Las y los entrevistados mencionaron que ellos (en lo personal) no necesitan capacitación y la sensibilización para atender a las y los pacientes (61%), pero 9 de cada 10 (85%) consideró que sus compañeras y compañeros de trabajo sí requieren de algún tipo de capacitación o sensibilización para desempeñar su trabajo. De hecho 35% ha sido testigo de mal trato hacia algún paciente, y 15% ha observado prácticas discriminatorias.
- Uno de cada 10 entrevistados (97%) ha detallado experiencias positivas al trabajar con personas que viven con VIH, y la mayoría (66%) cambió su percepción sobre las y los pacientes.
- En cuanto a la capacidad instalada de la clínica, consideran que el personal es insuficiente (66%) dada la demanda que se tiene, situación que se complica por la falta de materiales de trabajo (64%).
- Las y los pacientes entrevistados expresan que tanto el costo de los medicamentos como los gastos de laboratorio son altos para su economía, reconocen el gasto en antirretrovirales, sin embargo, señalan deficiencias y falta de mayores apoyos a la Clínica Condesa.
- Como lo refirió un entrevistado, en materia de prevención, las personas temen averiguar si están o no infectadas, debido al estigma del que son objeto, se mencionó que “en estados de la república como Oaxaca, poblaciones mucho más pequeñas y con núcleos cerrados, el estigma y el peso social son mayores debido al entorno sociocultural”. La mayoría de las y

los entrevistados no sienten el peso de la discriminación debido a que ocultan que son portadores de la enfermedad en su trabajo e, incluso, algunos en sus familias.

- En cuanto a la forma en que han sido atendidos por las y los servidores públicos del sector salud, relatan que en algunas ocasiones han sido objeto de “un trato tosco donde les contestan mal, con monosílabos” al pedir información sobre cómo se puede reducir el riesgo de exposición al virus, por ejemplo.
- No hay orientación ni apoyo psicológico suficiente a las y los pacientes después de enterarse del resultado de su análisis.
- Desconocen sus derechos y falta difusión sobre esta temática a partir de folletos, trípticos, revistas especializadas, informes, etc., mismos que son editados sólo en algunas ocasiones por organizaciones de la sociedad civil.
- Existe total desconocimiento sobre los programas, servicios, talleres y demás acciones organizadas por las autoridades del Distrito Federal en torno a esta temática.

A partir de estos datos se ubica la necesidad de reencauzar los esfuerzos para evitar la estigmatización y discriminación de las personas que viven con VIH/sida. Hemos sido testigos de los avances en la legislación de nuestro país, pero aún tenemos asignaturas pendientes con este sector de la población.

Se necesita una política integral por parte de las autoridades gubernamentales en todos sus niveles, donde se asuma como un asunto prioritario la capacitación constante al personal que labora en instituciones que se dedican a brindarles atención a las personas que viven con VIH/sida, así como un presupuesto equitativo que abarque la prevención y atención.

La gravedad de la epidemia hace impostergable la necesidad de que todos los actores sociales (políticos, económicos, religiosos, etc.) tomen conciencia de su papel en la erradicación del VIH/sida y coadyuven a la sensibilización de la población en general, dejando de lado los prejuicios y las posturas ideológicas que tengamos al respecto. ●

¹⁸ En los siguientes párrafos se desarrolla una interpretación propia a partir de los datos de los fragmentos de entrevistas proporcionados por la Dirección Ejecutiva de Seguimiento de la CDHDF.

Gloria Ornelas Hall*

Ya se habían tardado

Tuvieron que infectarse 33 millones de personas en el mundo, 16 millones de mujeres, y dos millones de latinoamericanos; tuvo que avanzar la infección desde una proporción de 30 casos en varones por cada mujer a dos casos en varones por uno en mujer, para declararse un compromiso público de educar para prevenir. 27 años demasiado tarde.

No bastaba que cada minuto hubiera cuatro casos más de infección; que fuera la tercera causa de muerte en jóvenes en nuestro país. Siguen encubriéndose los casos de sida por no complicar el diagnóstico con la agravante de la discriminación, la vergüenza, el rechazo y el estigma social. Parecerían no bastar tantas muertes innecesarias.

La indiferencia ha sido la culpable del dolor y sufrimiento que pudieron haberse evitado con educación. La indiferencia ha sido cómplice de la ignorancia, dos agravantes de la virulencia del VIH/SIDA.

Pero se vale decir *¡ya basta!*, asumir el costo del endeudamiento histórico que nos ha hecho a todos, como sociedad, cómplices por estas bajas. Todos hemos sido cómplices del sida.

Todos somos victimarios que hemos abusado de la vulnerabilidad de estas víctimas que pudieron haber sido evitadas. El sida tiene cara de pobreza; tiene cara de mujer, de *zorra*, de *marica*, de *pecador*, rostros de vulnerabilidad, que han sido presas fáciles de discriminación y desprestigio. 27 años llevamos culpando a otros del sida, 27 años diciendo: “afecta sólo a homosexuales”; “es su castigo, por *puta*”; “eso le pasa por *caliente*”; “se lo merece”.



Fotografía: Sociedad Internacional de SIDA.

* Médica epidemióloga por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), pionera en la investigación serológica del VIH, fundadora del Consejo Nacional de Prevención y Control del Sida (Conasida), ganadora del Premio Nacional de la Mujer María Lavalle Urbina 2001 por su trabajo en materia de educación sexual y prevención del sida.

TUVIERON QUE INFECTARSE 33 MILLONES DE PERSONAS EN EL MUNDO, 16 MILLONES DE MUJERES, Y DOS MILLONES DE LATINOAMERICANOS; TUVO QUE AVANZAR LA INFECCIÓN DESDE UNA PROPORCIÓN DE 30 CASOS EN VARONES POR CADA MUJER A DOS CASOS EN VARONES POR UNO EN MUJER, PARA DECLARARSE UN COMPROMISO PÚBLICO DE EDUCAR PARA PREVENIR. 27 AÑOS DEMASIADO TARDE.

Hasta ahora que 49% de los casos de infección se reportan en mujeres, amas de casa, *gente bien* como tú y yo, caemos en la cuenta de que el riesgo nos amenaza a todos. Hasta ahora es que “gente bien”, como tú y yo, tenemos que aceptar y asumir nuestra corresponsabilidad conjunta. Tenemos todos que saldar el costo pendiente por el endeudamiento de estas bajas.

Esta declaratoria por la prevención parecería reivindicar el sufrimiento que pudo haber sido evitado. Que no hayan sido en vano las muertes y el dolor innecesario; que no sea irreparable el daño; que no sea demasiado tarde para comprometerse con el sida; que no haya sido en vano la muerte de María Antonieta: la primera sexoservidora que inició una postura de activismo responsable ante su propia infección, educando a otras para prevenir el sida; que no haya sido en vano la muerte de Alberto: el primer sordomudo que dedicó lo que le quedó de vida, después de ser diagnosticado seropositivo, a crear redes de autoayuda entre sordomudos; que no haya sido en vano la muerte de Francisco, luchador incansable que dedicó el activismo preventivo de sus últimos años a defender a los infectados, despedidos por ser seropositivos. Que no hayan sido en vano las muertes de Pedro, Luis, María, Juan, Soledad, José Luis y tantos más grabados en los corazones de tantas madres, de tantas parejas, con tanto dolor.

Muchas han sido las bajas, no sólo clínicas, sino de desgaste social y desesperanza. Desgaste entre luchadores sociales, voces sordas que han sufrido el combate infructuoso contra la lucha de poder, la falta de recursos, el abuso de redes de lavado de dinero, el ostracismo y rechazo social, y la bota paralizante del monopolio de farmacéuticas trasnacionales.

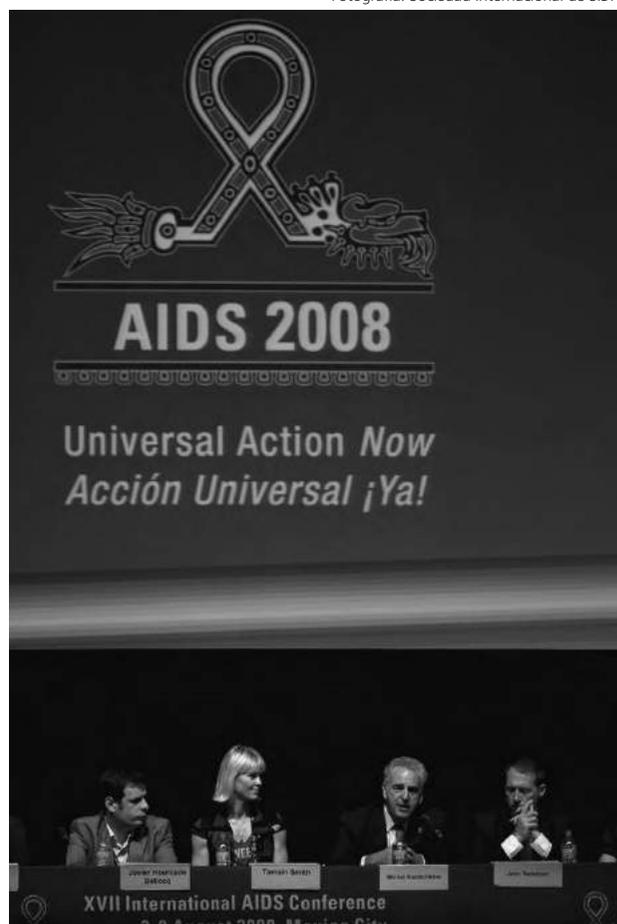
Ahora una luz se asoma al final del camino: el sida ha destapado realidades sociales que deberán combatirse paralelamente a la enfermedad: la pobreza, la injusticia, el analfabetismo, la homofobia, el machismo, la violencia intrafamiliar, la violación, el abuso y el encubrimiento del comercio sexual, el engaño y la falsedad entre parejas, la soledad en la promiscuidad, la segregación, el racismo, la apatía y la indiferencia.

Sin embargo, también nos brinda la oportunidad de crecer como sociedad, de fortalecer nuestra matriz ética extendiendo lazos de contención, fortaleciendo redes de apoyo, sumando voces de derecha e izquierda, unificando la fuerza de combate contra el sida, reestructurando programas educativos para incluir una sexualidad más humana e integral.

El sida nos obliga a desplazar la responsabilidad sobre la vida y la muerte de los gobiernos y las parejas a la decisión personal, nos obliga a fomentar el autocuidado regresando el derecho y la responsabilidad por su cuerpo a mujeres, niñas, hombres y adolescentes.

El espíritu de hermandad que se respiró en la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida 2008¹ invita a fortalecer esta hermandad que crece con la esperanza y el compromiso de más de 7 mil 500 presentaciones que nos unen en vulnerabilidad y fortaleza ante el sida. A ver si ahora sí. ●

Fotografía: Sociedad Internacional de SIDA.



¹ Conferencia llevada a cabo del 3 al 8 de agosto del presente en la ciudad de México. Véase <www.aids2008.org/es/start.aspx>.

Elena Reynaga*

Trabajo sexual y derechos humanos**

La XVII Conferencia Internacional sobre el Sida 2008 abordó por primera vez los temas de derechos humanos vinculados con la salud sexual y reproductiva; por vez primera la voz de los y las trabajadoras sexuales se escuchó en este foro, no sólo en las actividades no oficiales, sino en el programa de conferencias plenarias. Ahí, Elena Reynaga, trabajadora sexual y activista argentina habló sobre su trabajo, sobre su vulnerabilidad ante el VIH/sida y, sobre todo, sobre sus derechos humanos. Habló a nombre de quienes han elegido el trabajo sexual para subsistir y pidió que se les trate como eso, como trabajadoras y trabajadores, sin discriminación. A continuación, publicamos las palabras que Elena Reynaga pronunció en esta presentación plenaria.

Antes que nada queremos decir que consideramos un gran logro que, por primera vez en una conferencia internacional sobre el sida se realice una sesión plenaria sobre trabajo sexual. Mi presentación no es científica. Vamos a analizar algunos datos, pero sobre todo hablaré desde quien soy: activista trabajadora sexual. Es a partir de organizarnos que las trabajadoras sexuales logramos construir respuestas efectivas a la epidemia del VIH/sida.

Para comprender estos avances es fundamental aceptar que hay una relación importante entre los derechos humanos de las trabajadoras sexuales, la pobreza y la prevalencia del VIH. Vamos a poner un ejemplo: en la India hay una ciudad, Kalkata, donde existe un movimiento fuerte de trabajadoras sexuales: una organización conocida como el proyec-



Elena Reynaga (izq.), presidenta de la Red de Trabajadoras sexuales de Latinoamérica y El Caribe. Fotografía: Sociedad Internacional de SIDA.

* Presidenta de la Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y El Caribe.

** Ponencia presentada por la autora durante la tercera sesión plenaria de la XVII Conferencia Internacional sobre el sida, llevada a cabo del 3 al 8 de agosto del presente en la ciudad de México. Véase <www.aids2008.org/es/start.aspx>.

to Sonagachi. Sonagachi es la zona roja de la ciudad. En 1992 apenas 1% de las trabajadoras sexuales usaba condón, en 1998 lo usaba ya 90%. ¿Cuáles fueron las acciones de la organización para alcanzar estos resultados? La lucha por la salud basada en el reconocimiento del trabajo sexual como trabajo y por el respeto de los derechos humanos de las trabajadoras sexuales. Hoy en Sonagachi la tasa de VIH se estabilizó en 5.17%, mientras en otras ciudades de India, como Mumbai, la prevalencia en trabajadoras del sexo es de 54 por ciento.

PARA REDUCIR LA EXPOSICIÓN AL VIH NECESITAMOS LOGRAR QUE SE RESPETEN LOS DERECHOS HUMANOS DE LAS TRABAJADORAS Y TRABAJADORES SEXUALES Y PERSONAS TRANSGÉNEROS A LAS QUE MUCHAS VECES SE NOS NIEGA EL ACCESO A LA SALUD, A LOS DERECHOS HUMANOS E, INCLUSO, A LA PROPIA EXISTENCIA. SIN EMBARGO, EXISTIMOS.

Para reducir la exposición al VIH necesitamos lograr que se respeten los derechos humanos de las trabajadoras y trabajadores sexuales y personas transgéneros a las que muchas veces se nos niega el acceso a la salud, a los derechos humanos e, incluso, a la propia existencia. Sin embargo, existimos y tuvimos grandes logros en esta lucha:

- Logramos bajar la prevalencia del VIH en trabajadoras sexuales en algunos países.
- Conseguimos derogar en algunos lugares legislaciones que nos criminalizan.
- Hicimos la Consulta Mundial de Trabajo Sexual y la Consulta Regional Latinoamericana y de El Caribe en Trabajo Sexual y VIH/SIDA.
- Estamos haciendo Consultas Nacionales de Trabajo Sexual y VIH/sida en la región latinoamericana.
- Logramos llegar a las Naciones Unidas en varias oportunidades.
- Y también en algunos países estamos dentro de los Mecanismos Coordinador País (MCP).¹
- Debatimos los criterios de la *Guía para trabajadoras sexuales* elaborada por Onusida que tenía definiciones estigmatizantes y propusimos alternativas.

¹ Un MCP es un grupo de individuos representando una amplia gama de sectores de un país, que se juntan para evaluar las necesidades de la nación en torno al sida, la tuberculosis y la malaria, o cualquier combinación de estas tres enfermedades.

Estar hoy acá es un logro; nos invitaron porque hicimos cambios reales y concretos en el tema de la epidemia. Si pudimos hacer todo esto, ¿cómo puede ser que todavía no los convencemos de que no es una cuestión de repartir condones, sino que la respuesta al VIH incluye a todas las áreas del gobierno? No es que las trabajadoras sexuales seamos vulnerables ante la epidemia. En realidad, nos convierten en un grupo más vulnerable con políticas que nos reprimen de distintas maneras.

Un ejemplo actual de esta violencia es la situación en Camboya, donde las políticas antiprostitución aprobadas por presión de los Estados Unidos hacen que se detenga a las trabajadoras sexuales bajo el argumento de que son víctimas de trata. Para supuestamente protegerlas las mantienen en cautiverio en centros donde son violadas por los guardias de seguridad y sólo salen en libertad tras pagar importantes sumas de dinero.

El doble estigma contra el trabajo sexual y el VIH se usa en muchos lugares para justificar la represión policial. En Zambia, por ejemplo, las trabajadoras sexuales son azotadas públicamente por la policía mientras les gritan: “*perra* que matas la nación” o “veneno de rata”. La violencia de las fuerzas de seguridad es un riesgo directo de transmisión del VIH para las mujeres, personas trans y hombres trabajadores del sexo. Por ejemplo, entre febrero y abril de 2007 en Congo el grupo ALCIS² registra 29 casos de violencia sexual por militares y policías contra trabajadoras sexuales, incluyendo violaciones, secuestros y torturas. Después de esos ataques, muchas mujeres recibieron diagnósticos de VIH positivo.

Esta violencia estatal es consecuencia directa del no reconocimiento del trabajo sexual como trabajo. La falta de protección jurídica permite y hasta incentiva la violencia hacia las trabajadoras sexuales. En la Red de Trabajadoras Sexuales de Latinoamérica y El Caribe contabilizamos 34 mujeres trabajadoras sexuales asesinadas en los últimos 10 meses en América Latina. Y el ciento por ciento de los crímenes continúa impune.

A veces quienes atentan contra nuestros derechos son las políticas de salud cuando nos obligan a hacernos el *test* en forma compulsiva y no respetan la confidencialidad. Hace muy poco, la Red de Trabajadoras Sexuales de Ecuador logró reemplazar la libreta sanitaria por un carnet de salud Integral, que es igual al que lleva cualquier otra mujer para atenderse. Siempre so-

² Action pour la Lutte Contre l'Ignorance du Sida (ALCIS), grupo portugués de activistas sobre tratamientos de VIH/sida.

mos las organizaciones de trabajadoras sexuales las que logramos políticas públicas que favorezcan a nuestro sector.

Hay otras formas más sutiles de ejercer violencia sobre las trabajadoras del sexo: cuando nos usan como mano de obra de investigaciones de las que nunca conocemos los resultados. Conocer los resultados de los estudios es fundamental para proponer políticas públicas basadas en datos sólidos.

Finalmente, denunciemos que el primero en discriminar es el Estado cuando rechaza otorgarnos la personalidad jurídica como organizaciones de trabajadoras sexuales. Esto pasa en todo el mundo, siempre con el mismo argumento: dicen que “una organización de trabajadoras sexuales no es un aporte al bien común”. ¿Qué piensan ustedes? ¿Realmente todo esto que contamos acá es poco aporte al bien común?

EL PRIMERO EN DISCRIMINAR ES EL ESTADO CUANDO RECHAZA OTORGARNOS LA PERSONALIDAD JURÍDICA COMO ORGANIZACIONES DE TRABAJADORAS SEXUALES.

Ahora queremos preguntarnos: ¿qué pasa con el financiamiento para VIH en trabajadoras sexuales?, ¿se ocupa de estos temas? Tenemos que decir que, lamentablemente, muy poco. En realidad, en este momento hay más recursos, el problema es que están mal distribuidos.

En primer lugar se financia sin conocer las necesidades reales de las poblaciones. En muchas partes del mundo, las trabajadoras sexuales todavía no podemos conseguir lo básico: suficientes condones. En algunos países de África y América Latina, directamente no se distribuyen lubricantes a base de agua, entonces se usan vaselina o aceite que dañan el condón.

Algunas agencias de cooperación nos imponen condiciones que no toman en cuenta nuestra realidad. ¿Les parece a ustedes que una trabajadora sexual pueda usar el ABC como prevención del VIH? ¡Atenta directamente contra nuestro trabajo! La única de las letras que tiene evidencia de reducir la epidemia es la C: el uso del condón en todas las relaciones sexuales.

Si las agencias están preocupadas realmente en apoyar a las trabajadoras sexuales no deberían imponernos su agenda ni su ideología. Las agencias de Naciones Unidas no deberían elaborar políticas ni guías sin nuestra participación. Por ejemplo, el último año trabajado-

ras sexuales de todo el mundo planteamos a Onusida que modifique el borrador de la *Guía para trabajar con trabajadoras sexuales y sus tres pilares*.³ El énfasis anti-prostitución de esa guía era un cambio enorme en las políticas de Onusida de 2002 y 2004, producto del *lobby* de los gobiernos más conservadores.

Voy a dar sólo dos ejemplos: la guía hablaba de promover que cambiemos nuestra actividad por *trabajo decente*, como si el trabajo sexual fuera menos decente que otras actividades. Y planteaba también que una mujer que vive con VIH no puede ejercer el trabajo sexual. Con ese criterio, entonces, las personas que viven con VIH no deberían mantener relaciones sexuales. El problema no son las relaciones sexuales, el problema es no usar condón. Si Naciones Unidas sigue en este camino será responsable de muchas muertes de trabajadoras y trabajadores sexuales que no recibieron atención basada en el respeto a los derechos humanos a causa de los prejuicios de un puñado de poderosos.

En primer lugar, para que los recursos sean efectivos deben ser adecuados a la realidad de la población a la que dicen apoyar. Cuando los fondos van únicamente a condones y no hablan de derechos no sirven para prevenir el VIH. En muchos países, ni siquiera tenemos derecho a llevar condones. La policía se los quita a nuestras compañeras porque los considera una prueba de prostitución. En otros lugares, las trabajadoras sexuales somos detenidas hasta tres meses. Las compañeras que viven con VIH se ven obligadas a interrumpir el tratamiento.

Muchas veces, la opción para no ir a la cárcel es dejarse violar por los policías: casi siempre sin condón, por supuesto. En segundo lugar los recursos destinados a las poblaciones más expuestas al VIH son insuficientes. Lo que estoy diciendo, y lo afirma el *Informe mundial 2006* de Onusida, es que “los recursos destinados a prevención, tratamiento y atención del VIH no son proporcionales a la prevalencia del VIH en las poblaciones más expuestas”.⁴ Según un artículo publicado en la revista *Salud y derechos humanos*⁵ solo 22% de las trabajadoras sexuales de África y 35% en América Latina y El Caribe tienen acceso a programas de prevención. Vamos a poner un ejemplo: en República Dominicana, la pre-

³ En inglés: UNAIDS Guidance Note on HIV and sex work.

⁴ *Informe sobre la epidemia mundial de Sida 2006*, Onusida, 2006.

⁵ Susana T. Friend y Shannon Kowaiski-Morton, “Sex and the global fund: how sex workers, lesbian, gays, bisexuals, transgender people, and men who have sex with men are benefiting from the global fund, or not”. *Health and Human Rights*, vol. 10, núm. 1, véase: <www.hhrjournal.org>.

valencia en población adulta general para el año 2005 era de 1.1 por ciento. Mientras tanto, la prevalencia en trabajadoras sexuales era de 3.6%.⁶ Sin embargo, de los 48 millones de dólares invertidos por el Fondo Global en República Dominicana, apenas 20 mil dólares se dedican a las trabajadoras sexuales de Movimiento de Mujeres Unidas (Modemu), organización de base de trabajadoras sexuales con alcance nacional.

La mayoría de las veces esos recursos no están administrados por las organizaciones de base de trabajadoras sexuales. El cambio real se logra con políticas públicas que sólo van a hacerse si las organizaciones las impulsamos. Y para impulsarlas necesitamos ser organizaciones de base fuertes, para estar en los espacios donde se toman las decisiones. Cuando los fondos no son para apoyar organizaciones de base el dinero esta mal invertido, con poca sustentabilidad en el tiempo. Voy a dar un ejemplo de dinero mal invertido: todas las agencias han apoyado a Honduras. Sin embargo, no se logra construir una organización de base fuerte. Honduras es un país pequeño y muy pobre. La prevalencia del VIH en trabajadoras sexuales era de 9.7% en 2005, una de las más altas de Centroamérica. Honduras es la prueba de que buscar algunas compañeras para que realicen prevención entre pares no es suficiente. Lo que hace falta es darnos las herramientas para que las mismas trabajadoras sexuales nos sentemos con los gobiernos a discutir las políticas públicas que necesitamos.

En tercer lugar una parte importante del dinero se va en gastos de tercerización porque muchas agencias se niegan a depositar el dinero directamente en las organizaciones de base. La mayoría no tuvimos la oportunidad de ir a la escuela pero, sí pudimos lograr que se modifiquen leyes que nos criminalizan y pararnos delante de todos los que quieren mantenernos en la ignorancia, ¿cómo no vamos a poder administrar nuestras propias organizaciones?

Es hora de que empiecen a confiar en nosotras. Tercerizar la cooperación es una política que atenta contra la autonomía de las organizaciones de trabajadoras sexuales. Las evidencias muestran que las mejores respuestas al VIH las construimos las organizaciones. Nuestros

programas combinan prevención entre pares con promoción de los derechos humanos de las trabajadoras sexuales. Al mismo tiempo que luchamos para eliminar las leyes que mantienen en la clandestinidad, en alcance a pares las organizaciones somos expertas: en El Salvador, Orquídeas del Mar llegó a 2 mil trabajadoras sexuales el último año. Ecuador alcanzó más de 8 mil y en Argentina llegamos a 9 mil trabajadoras sexuales.

Un ejemplo exitoso es la experiencia de la Red Brasileña de Prostitutas, que lograron involucrarse directamente en una política pública: el programa Sin vergüenza, Garota. Vos tenés profesión. Esto lo combinaron con la inclusión de la prostitución en la categoría de profesiones del Ministerio de Trabajo de Brasil. Y además llevaron la lucha hasta el parlamento para sancionar una ley que elimine toda persecución a las trabajadoras sexuales. Es decir, las respuestas más efectivas se logran donde el trabajo sexual es reconocido como trabajo y donde las organizaciones de trabajadoras sexuales manejamos nuestros propios recursos.

Sin embargo, este éxito parece convertirse en nuestra condena. En América del Sur es probable que disminuyan los recursos, porque el Fondo Mundial ha decidido que sólo habrá financiamiento para las poblaciones con prevalencias superiores a 5 por ciento. Es una gran contradicción, porque el terreno que se ganó se puede perder rápidamente si se deja de lado el trabajo que se hizo todos estos años.

Y para terminar, hoy que hemos logrado estar paradas ante el mundo entero queremos decirles: las trabajadoras sexuales no agachamos más la cabeza. Algunos dicen que ejercer el trabajo sexual no es digno. Nosotras les decimos: indignas son las condiciones en que trabajamos. No hay ninguna evidencia científica de que los programas llamados “de rehabilitación del trabajo sexual” sirvan para frenar el VIH. ¿Cómo puede ser entonces que recursos para la prevención del VIH vayan a parar a estos programas?, mientras tanto, según cifras de Onusida, una de cada tres trabajadoras del sexo no recibe los servicios de prevención o de tratamiento del VIH. Las trabajadoras y trabajadores del sexo están muriendo por falta de servicios de salud, por falta de con-

⁶ Datos tomados del *Informe sobre la epidemia mundial de sida 2006*, Onusida, 2006.

done, por falta de tratamiento, por falta de derechos, ¡no por falta de máquinas de coser!

No queremos coser, tejer, cocinar. Queremos mejorar las condiciones de nuestro trabajo. Por eso proponemos:

- Derogación de todas las normativas que criminalizan el trabajo sexual.
- Juicio y castigo para todos los crímenes contra trabajadoras sexuales.
- No a las *zonas rojas* que nos encierran en guetos y promueven la violencia y la discriminación.
- No a los exámenes compulsivos. Eliminación del carnet sanitario para el ejercicio del trabajo sexual.
- Prueba de detección voluntaria, gratuita y confidencial, con consejería pre y posprueba.
- Acceso universal a prevención, diagnóstico, tratamientos y atención de calidad en VIH/sida.

- Acceso a la atención de la salud de las trabajadoras sexuales móviles y migrantes.
- Servicios de salud integral amigables, sin estigma ni discriminación.
- Recursos a las organizaciones de base: basta de intermediarios.

Y, sobre todas las cosas, reivindicamos: reconocimiento del trabajo sexual como trabajo.

Queremos ser libres para hacer, para equivocarnos, para aprender. Libres y fuera de toda clandestinidad, porque esa es la mejor manera de construir una respuesta efectiva ante la epidemia del VIH/sida. Las trabajadoras y los trabajadores sexuales no somos el problema, somos parte de la solución, y desprestigio. 27 años llevamos culpando a otros del sida, 27 años diciendo: “afecta sólo a homosexuales”; “es su castigo, por *puta*”; “eso le pasa por *caliente*”; “se lo merece”. 🌐

Fotografía: Erik Jaume.



Peter Wiessner y Karl Lemmen*

La movilidad

un derecho fundamental para personas con VIH/sida**

Para muchas personas viajar constituye un aspecto importante de calidad de vida. Otras tienen que pasar periodos prolongados en el extranjero por motivos personales o profesionales. Para las personas con VIH y sida los viajes pueden suponer un alto grado de inseguridad, puesto que muchos países han aprobado leyes discriminatorias de entrada y estancia. Disponer de información actualizada ayuda a actuar de una forma adecuada. Este artículo no sólo sirve para la orientación de las personas con VIH y sida, también evidencia el grado de discriminación que éstas sufren.

Al comenzar en 1999 con una primera consulta a las representaciones extranjeras en Alemania y las representaciones alemanas en el extranjero, no solo pretendíamos documentar las disposiciones jurídicas oficiales sobre la entrada de personas con VIH y sida, sino también averiguar cómo es su puesta en práctica. Los datos obtenidos mediante nuestra investigación han sido completados con la información existente en la fundación Aids Info Docu Schweiz y el Departamento de Estado de los Estados Unidos. En los años siguientes han ido entrando *feedbacks* e informaciones procedentes de todo el mundo en un proceso constante de actualización de datos.

Gracias a la nueva consulta, el número de países registrados ha aumentado de 170 a 184. Sólo de 12 naciones no disponemos de ningún tipo de información. En 67 de

* Miembros de la Federación Alemana para el Sida y del Grupo Europeo de Tratamiento de Sida.

** Tomado de: Peter Wiessner y Karl Lemmen, Normativas de viaje y residencia para personas con VIH/sida 2008/2009, Deutsche Aids-Hilfe e. V., Berlín, 2008, pp. 4-8. Véase: <www.hivtravel.org>. Página consultada el 11 de agosto de 2008.

esos 184 países existen normativas de entrada especiales para personas con VIH y sida. Además, en 21 naciones, la existencia de normativas especiales no puede ser descartada debido a que hay informes contradictorios o imprecisos. La mayoría de los países con restricciones de entrada requieren el *test* de VIH.

Es lamentable el hecho de que la mitad del mundo (47.8 % de los países registrados) continúe excluyendo a personas con VIH. Pero que 30 países no se avergüencen de deportar a extranjeros con VIH y sida o los expulsen cuando se ha demostrado que lo tienen, es alarmante.

Los países que expulsan a extranjeros seropositivos son: Egipto, Armenia, Bahrein, Bangladesh, Brunei, Bulgaria, China, Irak, Yemen, Jordania, Qatar, Kuwait, Malasia, Moldavia, Mongolia, Corea del Norte, Oman, Federación Rusa, Arabia Saudita, Singapur, Sri Lanka, Sudán, Corea del Sur, Siria, Tayikistan, Taiwán, Emiratos Árabes Unidos, Hungría, Estados Unidos y Uzbekistán.

ES LAMENTABLE EL HECHO DE QUE LA MITAD DEL MUNDO (47.8 % DE LOS PAÍSES REGISTRADOS) CONTINÚE EXCLUYENDO A PERSONAS CON VIH. PERO QUE 30 PAÍSES NO SE AVERGÜENCEN DE DEPORTAR A EXTRANJEROS CON VIH Y SIDA O LOS EXPULSEN CUANDO SE HA DEMOSTRADO QUE LO TIENEN, ES ALARMANTE.

Las disposiciones de entrada para turistas (visado de turista para estancias de uno a tres meses) se diferencian de la normativa para estancias de larga duración. La buena noticia al respecto es que las estancias turísticas raramente ocasionan problemas para personas con VIH y sida. Para estancias de larga duración como, por ejemplo, por motivos académicos o de trabajo, a menudo se requieren autorizaciones especiales, de las que están excluidas las personas con VIH y sida. En pocos casos hay también disposiciones para los propios nacionales que regresan de una estancia en el extranjero.

La punta del iceberg

Las prohibiciones de entrada afectan, por regla general, a personas que desean permanecer en el país más de un mes. De la duración de la estancia depende si hay que presentar un análisis de VIH para la solicitud del permiso de residencia o no. Un resultado positivo de dicho análisis conlleva generalmente la denegación de la

entrada o la expulsión si ya se encuentra en el país. Tales disposiciones limitan la libertad de elección de las personas con VIH y sida a la hora de buscar un puesto de trabajo o una formación académica, lo que constituye una discriminación inaceptable en vista de la transformación del VIH en una enfermedad crónica, puesto que las personas con VIH tienen el mismo derecho que otros ciudadanos a planear su formación académica y a dedicarse a su actividad profesional y laboral.

Las personas con VIH y sida viven con la continua amenaza de perder todo lo que han conseguido: su puesto de trabajo, su sustento, el acceso al sistema sanitario, su hogar, sus amigos y su familia e, incluso, ¡su propia vida! De ello dan un ejemplo particularmente deplorable algunos países asiáticos y de Oriente Medio. Nos han llegado informaciones anecdóticas sobre personas que han muerto mientras estaban detenidos esperando su repatriación sin que se pusiera a su disposición el tratamiento médico correspondiente. Víctimas de ello son, principalmente, los inmigrantes que son detenidos para ser expulsados después de averiguar que son seropositivos. Muchas veces se alega en estos casos problemas jurídicos entre las autoridades implicadas. Las autoridades dificultan incluso la entrada de sus propios ciudadanos cuando averiguan que son seropositivos o tienen sida.

LAS PROHIBICIONES DE ENTRADA LIMITAN LA LIBERTAD DE ELECCIÓN DE LAS PERSONAS CON VIH Y SIDA A LA HORA DE BUSCAR UN PUESTO DE TRABAJO O UNA FORMACIÓN ACADÉMICA, LO QUE CONSTITUYE UNA DISCRIMINACIÓN INACEPTABLE EN VISTA DE LA TRANSFORMACIÓN DEL VIH EN UNA ENFERMEDAD CRÓNICA, PUESTO QUE LAS PERSONAS CON VIH TIENEN EL MISMO DERECHO QUE OTROS CIUDADANOS A PLANEAR SU FORMACIÓN ACADÉMICA Y A DEDICARSE A SU ACTIVIDAD PROFESIONAL Y LABORAL.

En la actualidad hay 14 países que deniegan de forma categórica la entrada de personas con VIH o que, en el caso de entradas para estancias de corta duración, exigen la declaración de infección por VIH. Estos son: Brunei, Egipto, Irak, Yemen, Malasia, Oman, Qatar, Singapur, Sudán, Corea del Sur, Túnez, Islas Turcas y Caicos, Emiratos Árabes Unidos y Estados Unidos.

Se desconoce el verdadero alcance del problema. Los datos aquí presentados sólo pueden ofrecer una idea de las normas jurídicas, puesto que el verdadero alcance de la discriminación cotidiana de las personas con VIH y

sida es difícil de describir. No existe ningún sistema ni organización que centralice los casos correspondientes e informe al respecto. Así, sólo disponemos de informaciones meramente anecdóticas. Además, contribuye a una mayor inseguridad sobre el verdadero alcance de estas disposiciones el hecho de que la mayoría de las legislaciones existentes no se aplica o sólo se aplica por algunos funcionarios. Los siguientes datos proporcionan una impresión sobre las dimensiones del problema:

- Aproximadamente 40 millones de personas padecen en todo el mundo VIH y sida. La mayoría de los afectados viven en los denominados países en vías de desarrollo y muchos de ellos necesitan con urgencia tratamientos para sobrevivir.
- Según la Organización Mundial de Turismo (OMT), en 2007 hubo en todo el mundo unos 900 millones de entradas internacionales, lo que corresponde a un crecimiento de 100 millones en dos años.
- Según la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), cerca de 191 millones de trabajadores extranjeros viven fuera de su país. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) estima que el número de refugiados y de solicitantes de asilo en todo el mundo asciende a 20.8 millones aproximadamente.

En vista de la gran cantidad de países con disposiciones de entrada discriminatorias, en el futuro será necesario un control más fiable de la *praxis*, ya que sólo así podemos mostrar en qué modo las personas con VIH y sida son maltratadas y discriminadas a escala mundial.

Una pesada carga para las personas con VIH y sida

Los formularios de solicitud para los visados de entrada contienen a menudo preguntas sobre el estado general de salud como, por ejemplo: “¿padece una enfermedad contagiosa?”. En el caso de que el pasajero se decida por no responder sinceramente, se encontrará frente al problema de tener que ocultar los medicamentos que lleva consigo y ofrecer una impresión lo más saludable posible ante los funcionarios que realizan el control. En los controles fronterizos, los funcionarios se encargan de echar un vistazo al contenido del equipaje y de revisar los formularios cumplimentados. A este tipo de control pertenece también el examen visual del aspecto físico.

En el caso de que decida declarar la verdad, el viajero ha de contar con que se le deniegue la entrada. Tan sólo unos pocos países reconocen excepciones, como por ejemplo la solicitud de un visado *waiver*.¹

Cuando, al solicitar el visado o en la frontera, se exige un certificado médico, los correspondientes análisis y reconocimientos médicos se realizan a menudo por parte de los médicos contratados por la embajada u otras autoridades. Sólo aquel que se somete a esta reglamentación tiene una posibilidad de entrar en el país elegido, además de la posibilidad de pagar sobornos, tal como sugiere la información anecdótica que nos llega.

Algunos países obligan a los extranjeros a someterse a continuos reconocimientos médicos rutinarios que pueden contener el análisis de VIH. Naturalmente, son los propios extranjeros quienes han de correr con los gastos de dicho reconocimiento, lo que perjudica a los grupos de personas económicamente más débiles.

Otros controles se realizan por algunas agencias, cuya función es la contratación de trabajadores en el extranjero. Al optar por un puesto de trabajo en la administración sanitaria (médicos, personal sanitario, etc.) el análisis de VIH negativo es condición previa para ser invitado a una entrevista. De este modo se contrata, por ejemplo, personal médico de Sudáfrica para trabajar en el rico hemisferio norte. También otros agentes, como empresarios y universidades, exigen muchas veces de manera abierta la realización de un análisis de VIH como condición previa para ser contratados o para la concesión de plazas de estudio o de becas.

En principio, en la entrada a un país cualquier persona puede dar información sobre pasajeros “sospechosos”. Esto es lo que le pasó a un pasajero seropositivo japonés en su viaje a China. Fue devuelto en el siguiente avión después que otro pasajero afirmara haber oído una conversación sobre VIH.

Una carga especialmente grave es cuando el aspecto físico del viajero le impide ocultar o negar una enfermedad. A menudo depende del propio juicio del funcionario de frontera ordenar un reconocimiento. Quien no se someta a dicho reconocimiento no tendrá ninguna posibilidad de pisar el país, como sucede en Malasia.

¹ “Expresión en inglés, comúnmente utilizada en otros idiomas, que hace referencia a la excepción a una regla general”, en <www.reunificacion-deudas.es/glosario/Waiver-3748.html>. Para más información visite: <www.hivtravel.org>.

Hay ejemplos positivos, pero son escasos

Escasean los ejemplos positivos, pero nos deberían animar para luchar por cambios mediante nuestro compromiso solidario. Así, hay algunos países que en los años anteriores han suavizado sus normativas o las han derogado. Activistas pro derechos humanos y activistas en favor de los afectados por el sida lograron un gran éxito con vistas a la Conferencia Mundial del Sida de Toronto 2006, obteniendo una modificación de las normativas de entrada para los visados de corta duración. De este modo, (no sólo) se pudo garantizar la participación de personas con VIH y sida en la Conferencia.

En referencia a ello la International AIDS Society (IAS) 2007 abogó por no llevar a cabo ninguna conferencia internacional de sida en países que deniegan la entrada a personas con dicho padecimiento. La amenaza del Fondo Mundial de cancelar una sesión de trabajo en China, en el caso de que el gobierno chino no accediera a eliminar preguntas acerca del VIH y del sida de los formularios de entrada, demuestra que este tema ha tenido buena acogida entre la comunidad VIH mundial.

La creación de un equipo de trabajo internacional por parte de Onusida constituye otra señal positiva de que el tema empieza a moverse. La interpelación realizada en junio por el secretario general de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), Ban Ki Moon, para que desaparezca esta forma de estigmatización ha tenido una resonancia mundial.

Para ello es y ha sido condición previa aclarar otra vez el alcance del problema. Nos alegra que en esta evolución nuestra base de datos haya jugado un papel importante como instrumento político de extraordinaria fuerza.

Los ejemplos dados deberían alentarnos para luchar también en el futuro contra la percepción negativa de las personas con VIH y sida (factor costes, portador del virus, fuente de peligros) que están detrás de tales disposiciones discriminatorias. El hecho de evidenciar qué aportaciones producen las personas con VIH y sida a la sociedad es un paso importante contra una política de exclusión de la que los Estados Unidos representan el ejemplo más extremo.

Cuando comenzamos con este trabajo nuestro objetivo principal era mejorar la calidad del asesoramiento en la ayuda contra el sida. Tuvo que transcurrir algún tiempo hasta que nos dimos cuenta de toda la dimensión del problema: se trata de abogar por un derecho humano fundamental ligado a cuestiones vitales de supervivencia y de asistencia sanitaria.

En la actualidad, para las personas con VIH y sida el mundo no es un lugar muy abierto. Pero esto puede cambiar, ¡este es nuestro deseo! Y para ello necesitamos su ayuda.

Restricciones de viaje para personas que viven con VIH/sida

*Diez cosas que se deben saber****

1. Alrededor de 67 países niegan la entrada, la permanencia o la residencia a las personas que viven con VIH/sida sólo por su condición de salud.
2. Las restricciones relacionadas con el VIH para entrar, permanecer o residir en un país determinado, limitan de forma importante las actividades y la vida de las personas que viven con VIH-sida y de sus familiares.
3. Las restricciones relacionadas con el VIH para entrar, permanecer o residir en un país determinado no protegen la salud pública.
4. Estas restricciones son discriminatorias.
5. El cumplimiento de estas restricciones puede (y lo hace) violar otros derechos humanos.
6. Estas restricciones pueden impedir que se lleven a cabo respuestas efectivas para el VIH/sida.
7. Cuando las personas que viven con VIH/sida son excluidas de programas de financiamiento de medicamentos y tratamientos debe ser tras una evaluación adecuada y no sólo por su condición en relación al VIH.
8. Los países que no tienen este tipo de restricciones no reportan ningún problema.
9. Diversas organizaciones internacionales realizan esfuerzos para eliminar estas restricciones.
10. Tú puedes también ayudar a eliminarlas.

*** Tomado de *Denying entry, stay and residence due to HIV status*, IAS-UNAIDS, Ginebra, 2008.

Ejemplos de restricciones de viaje en algunos países de América

País	Normativa de entrada	Normativa de residencia	Notas
Colombia	Sin información para estancias turísticas breves.	A la entrada hay que presentar un certificado internacional de salud. Esto se aplica a todas las personas que necesitan visado, en particular a estudiantes, inmigrantes y refugiados. La entrada está prohibida a las personas seropositivas.	La infección por VIH influye negativamente en las autoridades a la hora de renovar el visado.
Cuba	Sin restricciones para estancias turísticas de hasta tres meses.	Los estudiantes que deseen obtener una beca para Cuba deben realizarse la prueba. Se requiere prueba del VIH a los extranjeros que quieran renovar su permiso de residencia. No se conceden becas en Cuba a estudiantes con esperanza de vida limitada (VIH).	
Ecuador	Sin restricciones para estancias turísticas cortas.	A los extranjeros que solicitan residencia para periodos prolongados se les pide normalmente que presenten el resultado de la prueba del VIH.	Los extranjeros con permiso de residencia no lo perderán en caso de resultar VIH-positivo.
Estados Unidos	En principio niega la entrada a los extranjeros si se sabe que son seropositivos. En casos excepcionales puede concederse una estancia de 30 días (para visitas familiares, tratamiento médico, viajes de negocios o participación en una conferencia científica relacionada con la salud).		Los extranjeros seropositivos pierden su derecho a permanecer en Estados Unidos y son expulsados si llega a conocerse su estado.
México	Sin restricciones para personas con VIH/sida		
Nicaragua	Sin restricciones para estancias turísticas breves de hasta tres meses.	Para estancias superiores a los tres meses ha de renovarse el permiso de residencia para lo que se necesita un certificado médico.	Únicamente en casos excepcionales se concede a personas seropositivas permiso para permanecer más tiempo.
Panamá	Sin restricciones para estancias turísticas breves	Se pide certificado de la prueba del VIH a los extranjeros que desean permanecer más de un año. Se pide la prueba a las personas que cambian de estatus del visado mientras están en Panamá.	El resultado de la prueba debe ser certificado por el Consulado de Panamá o la representación diplomática de Panamá. La validez del certificado está limitada a dos meses. A las personas seropositivas se les niega la entrada.
Paraguay	Sin restricciones para estancias turísticas cortas. No se exige prueba del VIH a la entrada.	Quienes entren a Paraguay con la intención de establecer residencia permanente están obligados a someterse a la prueba del VIH en un laboratorio médico de Paraguay. Se requiere la prueba del VIH para la residencia.	Si el resultado de la prueba es positivo no se concede el permiso de residencia.

Entrevista a Rebeca Schleifer*

La violencia contra las mujeres incrementa la feminización del VIH

El pasado agosto fue presentado un informe por el Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida) donde se reconoce que la desigualdad entre géneros ha disminuido la capacidad de las mujeres para protegerse de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/sida, lo que las expone a una mayor vulnerabilidad a la violencia sexual y a contraer el virus.

En el mundo la mitad de infecciones por VIH corresponde a mujeres, según cifras del mismo organismo. Esto obedece, en gran medida, según Human Rights Watch (HRW), a la subordinación política, social, económica y sexual que enfrentan las mujeres, consagrada en las leyes y preservada en prácticas culturales.

Violencia familiar, falta de legislaciones que protejan a las mujeres y educación sexual van de la mano con la feminización del VIH, dijo Rebeca Schleifer, representante del Programa Salud y Derechos Humanos de HRW, en entrevista.

Las mujeres no se protegen por miedo, y a muchas, cuando hablan a sus esposos de usar condón, las acusan de tener relaciones extramaritales, de ser infieles y hasta las golpean.

La relación entre violencia, uso del condón y capacidad de decidir de las mujeres para protegerse es compleja, está muy ligada y no es un fenómeno propio de México, donde hay una cultura patriarcal y machista ni de países con menores ingresos, dice la experta en salud, autora de investigaciones en derechos humanos y VIH/sida en el mundo. “Por miedo a sufrir violencia, las mujeres tienen problemas para conseguir protección para su relación más íntima”, señala. “Las que son violentadas por sus parejas no pueden negar a



Fotografía: Sociedad Internacional de SIDA.

OPINIÓN Y DEBATE

* Representante del Programa Salud y Derechos Humanos de Human Rights Watch (HRW). Entrevista realizada por Lourdes Godínez Leal para CIMAC Noticias, agencia informativa a la que agradecemos la autorización para su publicación.

éstos la relación sexual, tampoco pueden exigirles que utilicen preservativo por temor a ser castigadas con la violencia, que en la mayoría se traduce en golpes o abandono”, sostiene Schleifer.

En muchos países donde no existen legislaciones que protejan los derechos humanos de las mujeres, se fomenta este tipo de prácticas y cuando una mujer denuncia violencia, por lo general el caso no suele perseguirse porque las agencias policiales piensan que no es importante, dice la experta.

LAS MUJERES NO SE PROTEGEN POR MIEDO, Y A MUCHAS, CUANDO HABLAN A SUS ESPOSOS DE USAR CONDÓN, LAS ACUSAN DE TENER RELACIONES EXTRAMARITALES, DE SER INFIELES Y HASTA LAS GOLPEAN.

En muchos países, señala, se sigue considerando que el sexo entre las personas casadas es un derecho del esposo y una obligación de la mujer: “Es muy difícil para una mujer decir: espérame un momento, quiero hablar de tus amantes, yo quiero usar un condón”.

Una mujer de Uganda relata: “aun cuando ya estaba infectado por el VIH, él quería seguir teniendo relaciones sexuales. Se rehusaba a usar el condón. Dijo que no podía ‘comer confites con el papel puesto’”.

Desventajas

En muchos países, incluido México, existen leyes que restringen la capacidad de las mujeres para poseer, heredar o disponer de bienes, además de que padecen discriminación en acceso a educación, empleo, vivienda o crédito.

HRW ha señalado que la falta de igualdad legal y social tiene como consecuencia que las mujeres dependan económicamente de sus esposos, dejándolas con pocas opciones distintas a continuar en relaciones donde no pueden rehusarse al sexo o insistir en el uso del condón.

La organización civil Salud Integral para la Mujer (Sipam), con trabajo en derechos sexuales y reproductivos y un área especializada en VIH, considera que son los factores sociales los que ponen en más riesgo a las mujeres, ya que el conjunto de estas prácticas y normas culturales establecen patrones de conducta diferenciados para cada uno de los géneros, lo que las coloca en mayor desventaja.

En *Revelaciones, mujeres y sida*, Sipam sostiene que los roles tradicionales de género promueven la idea de que

para un hombre lo esperado y socialmente aceptado es tener varias parejas sexuales, mientras que para una mujer lo apropiado es tener relaciones sexuales con una sola persona.

Esto ha propiciado por generaciones que a las mujeres les resulte difícil sugerir el uso del condón a su pareja sexual, muchas veces por el temor de ser consideradas demasiado experimentadas sexualmente.

Tampoco tienen muchas opciones para disminuir el contagio por sus parejas porque, en muchos casos, la mujer no puede exigirle fidelidad a su pareja, negarse a una relación sexual o negociar el uso del condón.

Muchas veces, aunque las mujeres tengan temor de contraer sida o quieran adoptar conductas menos riesgosas, no tienen el poder para hacerlo. Para muchas las relaciones sexuales están vinculadas directa o indirectamente con la seguridad económica, por temor a perder a la pareja o a la violencia de ésta.

Mexicanas y VIH/sida

En 2007, aproximadamente 21% de nuevos casos diagnosticados de sida en México fueron mujeres. La transmisión heterosexual del VIH está incrementándose en la medida que más mujeres son infectadas por sus parejas, según el Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH (Censida).

La misma fuente refirió que más de 90% de estas infecciones se dieron por vía sexual, principalmente por relaciones sexuales sin protección, y estima que el sexo sin protección entre hombres es la causa de más de la mitad de las infecciones por VIH (57%), registradas en México hasta diciembre de 2006.

Al 30 de junio de 2008, Censida reporta que 97.1% de los casos diagnosticados este año son consecuencia de la transmisión sexual y 58% por contacto heterosexual. En el mismo periodo se registró 75.8% de los casos acumulados de sida en mujeres, de 15 a 44 años de edad, mientras que en hombres el porcentaje se ubicó en 79.

Rebeca Schleifer considera que lo que hace falta para incidir en la prevención de las mujeres al VIH es insistir en que la desigualdad entre géneros y la violencia contribuyen a una expansión más rápida de la enfermedad entre las mujeres.

Para ello, dijo, se requiere voluntad y recursos; las campañas no bastan si no hay detrás un trabajo de formación y capacitación de todos los sectores de la sociedad en el tema. ☺

Ricardo J. Sepúlveda I.*

Reforma del Estado en derechos humanos

Avances y retrocesos

En marzo de 2007 el Congreso federal aprobó la Ley para la Reforma del Estado, con lo que se creó la Comisión Ejecutiva de Negociación y Construcción de Acuerdos del Congreso de la Unión (CENCA). Mediante este mecanismo se dio cauce y se revivió el tema de la reforma del Estado que se convierte en un pendiente atrasado de la transición política mexicana.

Por mandato de la mencionada ley, la CENCA concluyó sus trabajos en abril de 2008, un año después de su creación. Para la atención de los temas la ley contempló cinco ejes rectores: *a)* régimen de Estado y de gobierno; *b)* democracia y sistema electoral; *c)* Federalismo, *d)* Poder Judicial y, *e)* garantías sociales.

Fue un gran avance el que se hiciera una delimitación de los ejes temáticos ya que precisamente parte de las dificultades que ha enfrentado este proceso en México es el de no haber podido precisar sus alcances y establecer una agenda. Fue dentro del grupo de garantías sociales donde se enmarcaron las propuestas relativas a derechos humanos.

Se han mencionado algunas de las ventajas que supuso la creación de la CENCA, dentro de ellas la de haber posicionado socialmente el tema,¹ esto es particularmente importante resaltarlo en derechos humanos ya que de manera reiterada el tema fue relegado en los procesos formales anteriores. Una de las decisiones del grupo de trabajo que se integró

* Consultor en derechos humanos, ex secretario técnico adjunto de la Comisión Ejecutiva de Negociación y Construcción de Acuerdos del Congreso de la Unión (CENCA), órgano rector de la conducción del proceso de la Reforma del Estado en México.

¹ Afirmaciones de Agustín Basave, secretario técnico de la CENCA, en CENCA, *Negociación y construcción de acuerdos*, México, Cámara de Diputados, 2008, pp. 9-10.

para analizar las propuestas sobre garantías sociales, fue precisamente el de darle un *enfoque de derechos humanos* al tratamiento de los temas.

La dinámica de los trabajos

Resulta muy interesante y significativo referir algunas de las circunstancias que se dieron en el funcionamiento de este grupo de trabajo, que estuvo coordinado por el diputado Éctor Jaime Ramírez Barba, ya que de ellas podemos derivar datos de diagnóstico sobre la reforma del Estado en derechos humanos, que resultan muy útiles para la identificación de las oportunidades al igual que de las dificultades que se enfrentan para fortalecer el reconocimiento de los derechos humanos en la Constitución.

Lo primero que se puede mencionar es que el tema, como tal, fue el más prolífico, ya que se presentaron alrededor de mil 400 propuestas durante la consulta pública, las cuales, después de ser analizadas por el grupo de trabajo, derivaron en 94 que se elevaron a la aprobación final de la CENCA.²

EL GRAN NÚMERO DE PROPUESTAS DERIVAN DE LOS REZAGOS CONSTITUCIONALES EN EL TEMA, DE LA PARTICIPACIÓN SOCIAL QUE ESTUVO SIEMPRE PRESENTE EN LAS DISCUSIONES Y DE LA AMPLITUD DE LA TEMÁTICA.

Más allá del dato cuantitativo, conviene hacer una valoración al respecto, ya que no faltaron quienes desdénaron el trabajo del grupo considerando que el alto número de propuestas obedecía a falta de ponderación y criterio. En realidad, es nuestra opinión, el gran número de propuestas derivan de los rezagos constitucionales en el tema, de la participación social que estuvo siempre presente en las discusiones y de la amplitud de la temática.

Esto vale la pena contrastarlo con las múltiples reformas que se han hecho a lo largo de la vigencia de la Constitución de 1917³ en esta materia, ya que a pesar

² Cfr. Informe sobre los Trabajos de la CENCA, *Op. cit.*

³ Se pueden citar, por ejemplo, la reforma al artículo 2º en materia de derechos de los pueblos y cultura indígenas (14 de agosto de 2001), la reforma al artículo 1º sobre no discriminación (14 de agosto de 2001), la reforma al artículo 102 para la creación de la CNDH (28 de enero de 1992), la reforma a los artículos 14 y 22 sobre abolición de la pena de muerte (19 de diciembre de

de ser muchas ni se han hecho todas las necesarias ni se han realizado con la profundidad debida. La virtud del trabajo de la CENCA fue lograr una propuesta verdaderamente integral. Entre otras cosas los legisladores plantearon la necesidad de hacer un nuevo capítulo sobre derechos humanos en la Constitución, integral y exclusivo.

Contenido de las propuestas

Por cuestiones de espacio mencionaremos solamente aquellas propuestas que, en nuestra consideración, tienen especial relevancia jurídica. Los trabajos del grupo se dividieron, por cuestiones de metodología, en tres subtemas: *a)* reconocimiento y principios constitucionales; *b)* derechos sociales y, *c)* derechos civiles y políticos y otros derechos.

a) Reconocimiento de derechos

Una de las principales discusiones en este subtema, se refirió a la terminología que emplea la Constitución. Por ejemplo, se consideró pertinente el cambio del término *hombre* por el de *persona* en aras de lograr una redacción más incluyente y dar pie a la incorporación de la perspectiva de género a nuestra Carta Magna.

El cambio fundamental se refirió a la terminología que la Constitución emplea al hablar de los derechos humanos. Esto considerando que el término *garantías individuales*, empleado por nuestra actual Constitución y con el cual se buscó reforzar la obligatoriedad de los derechos ínsitos, no sólo resulta un término anacrónico y en desuso, sino que conlleva verdaderas confusiones teóricas y prácticas que afectan el estatus jurídico de las y los ciudadanos; entre otras cosas porque confunde los medios de protección con el derecho en sí, además de que el término *garantías individuales* atiende a una concepción sobreindividualista, en la cual el Estado cumple su obligación mediante la no intervención en la esfera privada, con menoscabo del ejercicio pleno de los derechos sociales y de los derechos colectivos.

La propuesta fue cambiar la denominación del Capítulo I, del Título Primero, de la Constitución a “De los derechos humanos”, favoreciendo la armonía con el

2005), la reforma al artículo 4º en materia de salud (3 de febrero de 1983), vivienda (7 de febrero de 1983), medioambiente (28 de junio de 1999) y derechos de la niñez (7 de abril de 2000), etcétera.

derecho internacional de los derechos humanos y fortaleciendo la connotación jurídica del término.

Sin duda, la propuesta de mayor trascendencia y que además ha sido materia de la mayor parte de las iniciativas de reforma constitucional presentadas ante el Congreso, es la que se refiere al primer artículo de nuestra Carta Magna y consiste en el reconocimiento constitucional explícito de los derechos humanos contenidos en los tratados internacionales.

Aunque la motivación es fácil de deducir porque es realmente un asunto de doctrina explorada que ha sido adoptado por la mayor parte de los países de nuestra tradición jurídica,⁴ como derechos universales todo sistema jurídico debería incorporarlos al más alto rango de protección, cuestión que no ocurre en México donde hay derechos de primera y de segunda categoría.⁵

La redacción actual de nuestra Constitución da a entender que el Estado es la fuente de los derechos humanos, lo que contraría el espíritu de los principales instrumentos internacionales sobre derechos humanos. La propuesta de reforma al artículo 1º constitucional a este respecto resultó la siguiente:

Artículo 1º. En los Estados Unidos Mexicanos todas las personas gozarán de los derechos humanos y de las garantías para su protección, reconocidos en esta Constitución y en los tratados internacionales de los que los Estados Unidos Mexicanos sean parte.

La propuesta anterior se complementó con la incorporación del *principio pro persona*, con lo cual se establece el principio fundamental de interpretación constitucional, además de que se resuelven por la vía de la intervención judicial los problemas de un posible conflicto normativo por jerarquía, además de que se propicia así una correcta comunicación entre los ordenamientos jurídicos –el interno y el internacional– a favor de la mayor protección de los derechos humanos.

De manera complementaria la propuesta de la CENCA contempla la necesidad de reformar el artículo 103 cons-

titucional, a fin de incluir la procedencia del juicio de amparo en caso de violaciones a los derechos humanos reconocidos en tratados internacionales.

Se tuvieron, además, muy presentes los avances de la propuesta elaborada por académicos y organizaciones sociales al auspicio de la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos de las Naciones Unidas en México, lo cual contribuyó a que se incluyeran otras propuestas que enriquecieran debidamente el contenido conceptual y no solamente el técnico-jurídico. Así, por ejemplo, se propuso incluir los principios propios de los derechos humanos:

Los derechos humanos vinculan al Estado; en consecuencia tiene la obligación de respetarlos, protegerlos, garantizarlos y promoverlos de conformidad con los principios de universalidad, interdependencia, indivisibilidad y progresividad, debiendo prevenir, investigar, sancionar y reparar las violaciones a los derechos humanos.

b) *Derechos sociales*

Partiendo de que nuestra Constitución fue pionera en el reconocimiento de los derechos sociales, el abordamiento de este capítulo tuvo presente el nuevo dinamismo estatal conforme al cual se cambió el paradigma de la actuación del Estado frente a la sociedad.

Esta perspectiva fue asumida de manera particular en las discusiones de la CENCA, la cual se pronunció desde el principio por darle primacía al análisis de estos derechos, llamándole incluso al eje temático *de las garantías sociales*. En múltiples ocasiones fue señalado que enfrentábamos una dicotomía, llamémosle, *constitucional*, ya que habiendo sido pioneros en la visión de los derechos sociales, ahora nuestra Constitución se encuentra francamente rezagada, lo que en parte ha ocasionado que estos derechos sean vistos desde una perspectiva asistencialista y que la legislación ordinaria se haya ocupado en asuntos de repartición de competencias pero no defina los alcances de los derechos en sí.⁶ De entrada se afirmó la pertinencia de que estos derechos tuvieran una ubicación constitucional específica, por lo cual se intentó reorganizar el artículo 4º.⁷

⁴ Por ejemplo en la Constitución española de 1978 se establece la interpretación de las normas de derechos humanos conforme a la Declaración Universal de Derechos Humanos, los tratados y acuerdos internacionales en la materia ratificados por España; o el caso de la Constitución de Colombia de 1991 que dispone que los tratados internacionales sobre derechos humanos prevalecen en el orden interno.

⁵ Existe diferencia entre los derechos establecidos en la Constitución en el capítulo de Garantías Individuales y los derechos humanos reconocidos en los tratados internacionales de los que México es parte, esto debido a la efectividad que tienen en los medios de protección para unos y otros.

⁶ Cfr. Miguel Carbonell, *Derechos fundamentales*, México, Porrúa, 2006, p. 815.

⁷ Durante las discusiones del grupo de trabajo de garantías sociales, se habló de la necesidad de incorporar en la Constitución un apartado específico para los derechos sociales, económicos, culturales y ambientales, sin embargo esto sobrepasaba los alcances del ejercicio por lo que, como una solución intermedia, se optó por la modificación al artículo 4º constitucional.

De manera general las propuestas se enfocaron a cuidar la redacción enfatizando el carácter de *derecho humano* que les corresponde, y a señalar, de manera correlativa, la obligación del Estado de garantizarlos. Para cada uno se buscó incorporar las características que son reconocidas como tales por el derecho internacional, como accesibilidad, universalidad, no discriminación, etcétera. Finalmente, se estableció en la mayor parte de los casos la obligación del legislador de desarrollar estos derechos y establecer los mecanismos que garanticen su disfrute.

También se abordó el tema de la exigibilidad de los derechos sociales, más allá de los efectos jurídicos que trae consigo su reconocimiento constitucional explícito. Sobre esto se formularon propuestas que reforman la fracción I del artículo 103 para establecer la inconstitucionalidad por omisión dentro del juicio de amparo. Asimismo, se adicionó el artículo 1° a fin de posibilitar la defensa colectiva de los derechos humanos, con lo que se abre la puerta para la implementación del amparo colectivo, medio que puede ser de gran utilidad para hacer valer los derechos sociales.

c) *Derechos civiles y políticos y otros derechos*

Por cuestiones de espacio no podemos abundar en las reflexiones que se vertieron en torno a esta temática específica, por lo que nos ceñiremos a señalar que fue un espacio de interesantes y enriquecedoras sesiones en las que destacaron las discusiones sobre el principio de la equidad de género y su incorporación constitucional, lo cual fue acordado expresamente por el Grupo.

Otros capítulos de amplia discusión fueron los referentes a los derechos de los niños y niñas, los derechos de los pueblos y cultura indígena y los de libertad religiosa. También discutieron de nuevos derechos como los referentes al reconocimiento de las prerrogativas de los migrantes o el derecho a la identidad.

Conclusiones y prospectiva

Reiteramos el valor que tanto formal como materialmente tuvieron las sesiones sobre de derechos humanos que se desarrollaron en torno a la reforma del Estado; sin embargo corresponde preguntarnos sobre el resultado final de dichos trabajos y sobre lo que hemos de esperar.

De manera muy sucinta podemos comentar que la CENCA se puede considerar como el espacio o el mo-

mento en el que se ha hecho un análisis de la temática de derechos humanos desde una perspectiva más integral, dentro de los diferentes espacios que ha tenido la reforma del Estado en México en los últimos años. La integralidad se refiere por supuesto a la amplitud de los temas, pero también a la perspectiva que se tuvo en el análisis. Cabe remarcar otra de las ventajas que se dieron gracias al formato de la CENCA y que consistió en que debido a la coordinación del propio mecanismo se permitió armonizar y hacer complementarias las discusiones de los diferentes grupos de trabajo. La perspectiva de derechos humanos estuvo enlazada con la del Poder Judicial y con la de régimen de gobierno, lo que sin duda significó un valor añadido.

LA CENCA SE PUEDE CONSIDERAR COMO EL ESPACIO O EL MOMENTO EN EL SE HA HECHO UN ANÁLISIS DE LA TEMÁTICA DE DERECHOS HUMANOS DESDE UNA PERSPECTIVA MÁS INTEGRAL, DENTRO DE LOS DIFERENTES ESPACIOS QUE HA TENIDO LA REFORMA DEL ESTADO EN MÉXICO EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

Sin embargo, deben resaltarse dos problemáticas para poder dar la visión completa del estatus actual, ya que como corresponde a este tipo de procesos jurídico-sociales, de naturaleza compleja, deben buscar su concreción jurídica pasando por un camino de legitimación social. La CENCA supuso ambas cosas, lo cual, sin embargo, se enfrentó con dos problemas al final.

Por un lado, el mecanismo no contempló el escenario posterior, es decir qué pasaría una vez que concluyera la vigencia de la Ley, esto que fue en su momento una razón de presión válida, se convirtió en una pérdida de dirección sobre el tema. Un dato plausible es lo que ha sucedido en los meses posteriores en los que más allá de las propuestas generadas y presentadas como iniciativas, formalmente, el tema, el proceso y las propias propuestas se han desdibujado por completo. Se percibe la situación de un ejercicio a la mitad, como la construcción de un edificio a medias que no se continúa. Por eso el reto se convierte en la continuidad de este esfuerzo social y político.

La otra dificultad que conviene señalar fue la referente a la traba para lograr el acuerdo unánime de los partidos a las propuestas elaboradas. Cabe puntualizar que una vez que los grupos de trabajo concluyeron sus encomiendas, los documentos fueron sometidos a una aprobación posterior, final, de parte de los partidos.

Fue en este momento en el que el criterio del *máximo consenso posible* que adoptaba la Ley para la Reforma del Estado, se sometió a prueba. El resultado fue muy cuestionable ya que en algunos casos el consenso se logró sobre una base meramente formal, sin un verdadero compromiso sobre el contenido de los textos, y en otros existió un veto directo a las propuestas que los propios partidos habían hecho.⁸

No hay que pasar por alto las consecuencias que esto puede representar tomando en cuenta el compromiso social adoptado y la expectativa social generada. La conclusión está a la vista: el proceso de reforma del Estado en el tema de derechos humanos no podemos considerarlo terminado, existe la necesidad de promoverlo y el compromiso de terminar lo iniciado.

La reforma del Estado en materia de derechos humanos sigue siendo un pendiente en México. 🚫

⁸ Un dato significativo respecto a la dificultad que sigue representando el avance del tema de derechos humanos fue que de las 93 propuestas presentadas a la Subcomisión Redactora por el grupo de garantías sociales; solamente un total de cuatro obtuvieron el consenso de todos los partidos políticos.





...o A la
Diversidad Sexual!

... contra el Estigma la Dis
...rch against Stigma, Discrimin
...ationale contre la Discrimina
...و زي مي متلاو ومصولا دض لوالا ةيل
...ий Марш против СТИГМЫ, ДИСК



Acciones CDHDF

discriminación
nation and Hon
tion et l'Homop
ني لشملا هي هارك
криминации и Го

En las últimas semanas casos lamentables han indignado a la opinión pública y, al mismo tiempo, han mostrado cómo la política de seguridad en el Distrito Federal contribuye notoriamente a la violencia urbana que se supone debería contener. La Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) está obligada a vigilar que la actuación de las autoridades respete las prerrogativas y a escuchar los reclamos de las y los habitantes de la ciudad de México.

De ahí que promoverá una consulta ciudadana sobre qué tipo de instituciones policiacas quiere y necesita la capital del país, de lo cual se informa en esta sección.

Por otro lado, a punto de conmemorar su XV aniversario, esta Comisión continúa reforzando acciones con instituciones vitales para la ciudadanía como el STC-Metro; apoyando proyectos de la sociedad civil organizada y alzando la voz para que las y los tomadores de decisiones nunca olviden su compromiso con el respeto de los derechos humanos de todas las personas.

Emisión y aceptación de recomendaciones

Recomendación 9/2008

Caso de accidentes de trabajo en la empresa Porvenir Familiar que labora en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur dentro del Programa de Trabajo Penitenciario de la Subsecretaría de Sistema Penitenciario.

Peticionarios y agraviados: Internos del Reclusorio Preventivo Varonil Sur (BG y JS)

Autoridades responsables: Secretaría de Gobierno del Distrito Federal.

Derechos vulnerados: I. Derecho de las personas privadas de libertad; II. Derecho a la readaptación social; III. Derecho a la capacitación y la seguridad en el trabajo; IV. Derecho a una indemnización por accidentes laborales.

Estado de aceptación

Es importante mencionar que, el 6 de junio del año en curso la CDHDF notificó el instrumento recomendatorio al **secretario de Gobierno del Distrito Federal**, autoridad que **aceptó en sus términos** la presente Recomendación que, actualmente, se encuentra en seguimiento.

Resumen ejecutivo

El 18 de octubre del 2006, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal recibió quejas de internos del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, en las que refirieron haber sufrido la mutilación de un dedo laborando con maquinaria de la empresa Porvenir Familiar S. C., que opera en el interior del mencionado reclusorio.

Los internos accidentados coincidieron en que ni la empresa ni la entonces Dirección General de Prevención y Readaptación Social los indemnizaron por las mutilaciones que sufrieron.

Consideraciones de la CDHDF

La CDHDF considera que la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal violó los derechos humanos de los agraviados ya que tras haber sufrido la mutilación de un dedo laborando con maquinaria de la empresa Porvenir Familiar S. C., ubicada en el interior del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, solicitaron el pago de la indemnización por los accidentes de trabajo.

Como respuesta a su demanda, la autoridad negó que tuvieran derecho a dicha indemnización. Por ello, la empresa se vio en libertad de no realizar el pago.

Con la investigación realizada por esta Comisión quedó demostrado que la autoridad justificó la negativa del pago de la indemnización aduciendo que la calidad de *reclusos* de los agraviados limitaba el goce de sus derechos laborales. No obstante, no existe obstáculo jurídico alguno; es más, las normas que consagran derechos

humanos laborales protegen a todos los trabajadores: todas las personas que presten un servicio personal subordinado deben quedar protegidas sin discriminación de ningún tipo por las normas que establecen derechos humanos laborales.

La negativa al otorgamiento de prestaciones legales por parte de la empresa fue avalada por la Secretaría de Gobierno y por las demás autoridades del Reclusorio. Este hecho es especialmente grave, pues representa una negación deliberada de los derechos humanos; violación que no fue, como se hizo patente a lo largo de la investigación, un hecho aislado y carente de intención; constituye, más bien, una actuación que obedece a una clara voluntad de excluir a los trabajadores, de forma sistemática, del goce de los derechos humanos laborales.

Los derechos humanos, incluyendo los derechos humanos laborales, no son negociables y tampoco están sujetos a renuncia; protegen a todos los trabajadores que prestan un servicio profesional subordinado. En el momento en que la empresa Porvenir Familiar S. C. restringió los derechos de los trabajadores a ser afiliados al Instituto Mexicano del Seguro Social, así como a la indemnización por accidentes de trabajo, a la capacitación, y a condiciones de adecuadas de seguridad, violaron normas consagradas en nuestra Constitución y sus leyes reglamentarias. Durante la investigación, esta Comisión comprobó que las restricciones a dichos derechos contaron con la anuencia de las autoridades. Por ello, se configuraron como violaciones a los derechos humanos que deben ser reparadas por la autoridad.

Por su parte, la indemnización a la población penitenciaria por accidentes de trabajo está considerada en el punto 74 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la cual establece que se tomarán disposiciones para indemnizar a los reclusos por los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, en condiciones simi-

lares a las que la ley dispone para los trabajadores libres.

Por su parte, el artículo 14 de la Ley de Ejecución de Sanciones Penales para el Distrito Federal establece que en las actividades laborales se observarán las disposiciones contenidas en el artículo 123 constitucional, en lo referente a la jornada de trabajo, días de descanso, higiene, seguridad y a la protección de la maternidad.

Por lo anterior, este organismo público autónomo concluyó que se violaron los siguientes derechos humanos: derecho de la población penitenciaria a recibir una indemnización por accidentes de trabajo; violando con ello lo señalado en el punto 74 de las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos de la ONU; Convenio 17 de la OIT sobre la indemnización por accidentes del trabajo (artículos 1° y 6°); artículo 14 de la Ley de Ejecución de Sanciones Penales para el Distrito Federal; artículo 123 constitucional; artículos 20, 21, 10, 489 de la Ley Federal del Trabajo; artículos 11, 12, 58 y 61 fracción I de la Ley del Seguro Social; derecho a la capacitación para el trabajo establecido en la Recomendación 57 de la OIT, en los artículos 18 y 123 constitucional, en el Reglamento de los Centros de Reclusión; artículo 39 del Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente (RFSHMAT), artículo 153-A de la Ley Federal del Trabajo, 153-F, fracción III, de la Ley Federal del Trabajo; derecho a la seguridad en el trabajo señalado en las Reglas Mínimas para el Tratamiento de los Reclusos, Convenio 155 sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores de la OIT, en la Ley de Ejecución de Sanciones Penales para el Distrito Federal en el artículo 14 y 123 constitucional, artículos 35 y 17, fracción XI del Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente, y artículo 40 *bis* del Reglamento Interior de la Administración Pública del Distrito Federal.

Es por lo anterior que la CDHDF recomienda a la autoridad responsable reparar el daño material, moral y establecer garantías de no repetición de los hechos.

Puntos recomendatorios

A la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal

Primer punto recomendatorio

Indemnizar a los señores BG y JS

Que se repare el daño material por los accidentes ocurridos a los señores BG y JS mediante el pago de la indemnización que fija la Ley Federal del Trabajo para cada caso.

Segundo punto recomendatorio	<p>Reparar el daño moral</p> <p>Como reparación de daño moral, hacer un diagnóstico médico en algún hospital de la red del Distrito Federal sobre las alternativas que tienen los agraviados para aminorar la incapacidad parcial, y sufragar los gastos de las consultas, el material y los procedimientos médicos que, en su caso, señale dicho diagnóstico.</p>
Tercer punto recomendatorio	<p>Inscribir al IMSS a las empresas que operan en los centros de reclusión</p> <p>Que las empresas que firmen convenios para operar en los centros de reclusión se inscriban en el Instituto Mexicano del Seguro Social y paguen sus cuotas obrero-patronales; se registren en la Secretaría del Trabajo y Fomento del Empleo del Distrito Federal, así como en la Secretaría del Trabajo y Previsión Social, con el fin de que se regularice su situación jurídica.</p>
Cuarto punto recomendatorio	<p>Dar cumplimiento a las normas nacionales y locales en materia de seguridad e higiene en el trabajo</p> <p>Cumplir con el Reglamento Federal de Seguridad, Higiene y Medio Ambiente de Trabajo, así como con las normas que expidan las autoridades competentes en la materia de seguridad e higiene.</p>
Quinto punto recomendatorio	<p>Se reglamente el trabajo e industria penitenciaria</p> <p>Que se reglamente el trabajo e industria penitenciaria estableciendo los derechos de los(as) trabajadores(as) internos(as), así como los lineamientos generales y procedimientos a partir de los cuales deberá operar la industria penitenciaria, conforme a la normativa interna y los estándares internacionales en la materia.</p>
Sexto punto recomendatorio	<p>Dar observancia a las normas nacionales e internacionales en materia de industria penitenciaria</p> <p>Los convenios que firme la Subsecretaría de Sistema Penitenciario con los socios industriales que participen en el programa de trabajo penitenciario, deberán observar lo establecido por las normas nacionales e internacionales, así como la reglamentación que se establezca en cumplimiento al quinto punto recomendatorio.</p>

Recomendación 10/2008

Caso de abstención u omisión de dar una adecuada protección a la integridad física o psicológica de una persona privada de la libertad (Reclusorio Sur)

Peticionarios y agraviados: Se omite el nombre a solicitud de las personas.

Autoridades responsables: Secretaría de Gobierno del Distrito Federal.

Derechos vulnerados: I. Derecho a la Vida, II. Derecho a la Integridad Personal, III. Derechos de las Personas Privadas de la Libertad.

Estado de aceptación

El 13 de junio del año en curso, la CDHDF notificó el instrumento recomendatorio al **secretario de Gobierno del Distrito Federal**, quien lo **aceptó totalmente** el 9 de julio de 2008. El 17 de julio pasado venció el plazo para que remitiera las pruebas de cumplimiento, sin haberlo hecho.

Resumen ejecutivo

El 23 de diciembre de 2006 esta Comisión recibió la llamada telefónica de un familiar del señor JFSH (entonces interno en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur), quien manifestó que el día anterior, 22 de diciembre, el agraviado fue golpeado en el área de seguridad del Reclusorio por algunos internos y custodios; posteriormente falleció. Por ello, solicitó la intervención de este organismo para que se investigaran los hechos.

Consideraciones de la CDHDF

La Comisión tiene la convicción de que la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal, a través de las autoridades responsables, violaron los derechos humanos del agraviado ya que existe un deber del Estado de garantizar los derechos de cualquier persona bajo su jurisdicción. Esta obligación toma un carácter mucho más importante cuando se trata de personas que se encuentran bajo la custodia de una autoridad. En el caso en cuestión, el agraviado se encontraba recluso en el Reclusorio Preventivo Varonil Sur (RPVS), por lo que las autoridades de ese lugar eran las responsables de velar por la integridad del agraviado. Resulta claro que las autoridades responsables del RPVS no desempeñaron su encargo como servidores públicos de forma adecuada, ya que no llevaron a cabo todas aquellas medidas destinadas a salvaguardar la integridad del agraviado, omisiones que a fin de cuentas llevaron a su muerte.

En conclusión, al no cumplir diligentemente el deber de custodia, fueron transgredidos el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal de la víctima.

Esta Comisión expresa su más profunda preocupación por los hechos que dieron lugar a la presente Recomendación, no sólo por la gravedad de los mismos, sino porque, desafortunadamente, no han sido únicos ni aislados.

Puntos recomendatorios

A la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal

Primer punto recomendatorio

Que la SGDF coadyuve plenamente con la PGJDF

Que la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal coadyuve plenamente con la Procuraduría General de Justicia del Distrito Federal en los requerimientos que ésta le formule para la integración diligente, imparcial y apegada a derecho, de la averiguación previa "A", iniciada por la muerte del agraviado.

Es así que este organismo público autónomo concluyó que se violaron los siguientes derechos humanos del agraviado: el deber de custodia como obligación positiva para garantizar los derechos a la vida y a la integridad personal de las personas privadas de libertad, de conformidad con la Convención Americana de Derechos Humanos, artículos 1.1 y 2°, en relación con la violación de los derechos de las personas privadas de libertad; artículo 19, párrafo cuarto, de la Constitución; el párrafo sexto del artículo 5° de la Convención Americana; el Primer Principio del Conjunto de Principios para la Protección de Todas las Personas Sometidas a Cualquier Forma de Detención o Prisión; la regla 9, inciso 2) de las Reglas Mínimas para el tratamiento de los Reclusos. Asimismo, se desprende que se han vulnerado el derecho a la vida y el derecho a la integridad personal de la víctima, contenidas sustancialmente en los artículos 22, párrafo primero de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos; artículo 6.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el artículo 4.1 de la Convención Americana sobre Derechos Humanos; el artículo 3° de la Declaración Universal de los Derechos Humanos; y el artículo 1° de la Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre.

En consecuencia, el 13 de junio del año en curso, la CDHDF dirigió la presente Recomendación a la Secretaría de Gobierno del Distrito Federal.

Segundo punto recomendatorio	<p>Investigar y determinar en forma individualizada a los servidores públicos implicados</p> <p>Que se investigue y determine en forma individualizada a los servidores públicos del área de seguridad del Reclusorio Preventivo Varonil Sur que incurrieron en las conductas –acciones u omisiones– que dieron lugar a las violaciones a derechos humanos comprobadas, dándose vista a las autoridades responsables tanto administrativas como penales, a fin de que se averigüe lo conducente y de ser el caso, se impongan las sanciones penales, administrativas o de otra índole que legalmente correspondan.</p>
Tercer punto recomendatorio	<p>Proceder a la reparación del daño</p> <p>Que se contacte a los familiares de la víctima para que se les repare integralmente el daño causado a raíz de las violaciones a los derechos humanos probadas, de acuerdo con los criterios mencionados en el apartado 7 de la presente Recomendación.</p>
Cuarto punto recomendatorio	<p>Diseñar, implementar y evaluar periódicamente, mecanismos para evitar la existencia de poderes informales</p> <p>Que se diseñen, implementen y evalúen periódicamente, mecanismos para evitar la existencia de poderes informales establecidos en los centros penitenciarios del Distrito Federal, entre los que se encuentran el narcomenudeo; consumo de alcohol; la portación de celulares; la estancia irregular de los internos en zonas que no les corresponde y el uso de objetos que pueden ser utilizados como armas.</p>
Quinto punto recomendatorio	<p>Impartir cursos de capacitación a todos los custodios</p> <p>Capacitar a todos los custodios que se encuentran laborando actualmente en los centros penitenciarios del Distrito Federal así como los que eventualmente puedan ingresar, en el uso proporcional de la fuerza y sobre el deber de cuidado, bajo los máximos estándares locales, nacionales e internacionales de derechos humanos.</p> <p>Las capacitaciones deberán seguir, al menos, los siguientes principios:</p> <ol style="list-style-type: none"> La capacitación deberá prever métodos de evaluación continua, con miras a garantizar la profesionalización del personal que trabaja en tales centros de detención. Este punto deberá considerarse por el Gobierno del Distrito Federal cada vez que se prevea la contratación de nuevo personal de custodia, como requisito previo a dicho procedimiento. Los funcionarios que deban portar armas de fuego y otros instrumentos de control interno en los centros penitenciarios deben estar autorizados para hacerlo sólo tras haber finalizado la capacitación especializada en su empleo.
Sexto punto recomendatorio	<p>Diseñar un protocolo de medidas de seguridad</p> <p>Diseñar un protocolo de medidas de seguridad que incluya, entre otras, aquellas que garanticen la seguridad, el orden y control al interior de los centros penitenciarios del Distrito Federal, así como la mejora continua del mantenimiento y rehabilitación de las instalaciones de dichos centros como la revisión permanente del estado de candados, cadenas, chapas, así como todos los instrumentos que puedan redundar en una mejor seguridad de las personas internas. Ello debe hacerse desde una perspectiva de los derechos humanos que atienda los estándares más favorables a la persona.</p>
Séptimo punto recomendatorio	<p>Crear un programa de desintoxicación</p> <p>Crear un programa de desintoxicación eficaz que se implemente en todos los centros penitenciarios del Distrito Federal, para los internos que deseen rehabilitarse.</p>

La policía que queremos

Una consulta ciudadana para proponer

En las últimas semanas, casos lamentables han indignado a la opinión pública y, al mismo tiempo, han mostrado cómo la política de seguridad en el Distrito Federal contribuye notoriamente a la violencia urbana que se supone debería contener. Por una parte, la muerte de doce personas, nueve de ellas adolescentes, como resultado de un operativo policial en la discoteca New's Divine, evidenció que el modelo de policía que opera en la ciudad sigue anclado en una visión represiva, que subordina la protección de las personas a fines eficientistas y mediáticamente rentables; por la otra, el secuestro y homicidio del niño Fernando Martí, produjo una alarma social en torno a los niveles de participación de agentes de la policía en actividades criminales.

Ante esta realidad, la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF) con el apoyo de organizaciones de la sociedad civil (OSC), realizará en septiembre próximo la primera etapa de la consulta pública sobre el tipo de policía y Ministerio Público que requieren las y los habitantes de la ciudad de México.¹ La sistematización de los resultados se efectuará en la primera quincena de octubre.

La opinión de la ciudadanía será recuperada a través de audiencias públicas, foros independientes, llamadas telefónicas e Internet, para que niñas, niños, jóvenes, mujeres, hombres, personas adultas mayores y policías puedan formular propuestas en materia de seguridad pública.

¹ La consulta atiende dos aspectos principalmente: el perfil de la policía que se requiere y los tramos de control ciudadano.

En 500 puntos estratégicos como escuelas, plazas cívicas, plazas comerciales y mercados la ciudadanía podrá expresar su opinión sobre la policía, qué quisiera de ella y su relación. La sistematización de los contenidos y las propuestas por parte de un grupo expertos se realizará en octubre y posteriormente los resultados se entregarán a los órganos de gobierno del Distrito Federal.

La consulta tiene cuatro objetivos específicos:

- 1) Obtener elementos sobre el perfil ideal de la policía en la perspectiva de las y los habitantes del Distrito Federal;
- 2) elaborar y discutir propuestas de participación ciudadana para el escrutinio público de la política criminal, así como de la relación entre ciudadanos y policías;
- 3) generar propuestas sobre un modelo de control ciudadano de las policías del Distrito Federal; y
- 4) generar propuestas de corresponsabilidad ciudadana sobre seguridad pública.

La participación se organizará a partir de tres colectivos: un Grupo Promotor que coordinará y organizará la divulgación y ejecución de la consulta, e impulsará la iniciativa y promueve la participación ciudadana; un Comité Técnico que elabora el temario, coordinará el análisis de la información, propondrá a los participantes la metodología de los foros y preparar borradores

para discusión; y un Consejo Asesor que otorgará representatividad social a la consulta por su trayectoria y testimonios.

Este ejercicio ciudadano se desarrollará en tres etapas con el propósito de fomentar la participación ciudadana y de expertos en la materia para lograr la validez y legitimidad a las propuestas que se formulen de este ejercicio de reflexión.

La primera es una consulta abierta en donde a partir de un temario se recogerán opiniones abiertas de la ciudadanía y de la policía, mediante foros independientes, audiencias públicas y espacios de consulta virtual. De igual forma, señaló, se realizarán foros independientes a través de las organizaciones de la sociedad civil (osc), organizaciones sociales, vecinales, gremiales, e instituciones interesadas, con asistencia técnica del grupo de trabajo.

En la segunda se solicitará a quienes realicen los foros que capturen y envíen la lista de propuestas a un equipo especial que efectuará el análisis de contenidos y propondrá un borrador para discusión de los productos que emerjan de la consulta.

Finalmente, en la tercera, los productos de la consulta se someterán a la opinión ciudadana mediante una segunda consulta en lugares públicos, telefónicamente y vía Internet. Las propuestas de políticas públicas, legislativas y acciones ciudadanas en materia de seguridad pública serán entregadas a los órganos de gobierno del Distrito Federal. ●



¡Participa a través de internet!
Visita la página: www.lapoliciaquequeremos.org.mx

xv aniversario de la CDHDF

Emiten 100 millones de boletos del Metro conmemorativos

El presidente de la Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal (CDHDF), Emilio Álvarez Icaza Longoria, y el director general del Sistema de Transporte Colectivo (STC-Metro), Francisco Bojórquez Hernández, dieron a conocer la emisión de 100 millones de boletos de ese medio de transporte, con los que dieron por inaugurados los festejos por el xv aniversario de la Comisión, a celebrarse el próximo 1° de octubre.

Álvarez Icaza Longoria y Bojórquez Hernández estamparon el matasellos con el número 000 000 001 al boleto conmemorativo del Metro, columna vertebral del transporte en la ciudad. Serán 100 millones de viajes por los derechos humanos en la ciudad, con los que la CDHDF pretende dar continuidad a las actividades de difusión que, conjuntamente con el STC-Metro, han permitido la construcción de un espacio público de encuentro, de tolerancia y de respeto a los derechos humanos de las y los ciudadanos en el Distrito Federal.

Así, desde el pasado 15 de agosto comenzaron a expenderse estos boletos en cada una de las 334 taquillas de todas las líneas del Metro, con el fin de difundir a la CDHDF en su xv aniversario como una institución creada para la defensa, protección, promoción, educación y difusión de los derechos humanos de quienes transitan y habitan en el Distrito Federal.

Con acciones como esta, la CDHDF exhorta a que los espacios públicos sean usados con una perspectiva de derechos humanos, en una lógica de respeto y de convivencia ciudadana.

Cabe destacar que, desde 2004, la CDHDF y el STC-Metro han trabajado en el fortalecimiento de una cultura de respeto y promoción de los derechos humanos en un medio que brinda unos mil 500 millones de viajes al año. ☺





ROVILLO DE SAN
TRANS

¡El Respeto
Derecho A la
es la Paz!

WWW.MANHUNTER.COM

WWW.MANHUNTER.COM

WWW.MANHUNTER.COM

WWW.MANHUNTER.COM



Fotografía: Edgar Sáenz Lara/CDHF.



Referencias

Conocer las acciones que diversos actores sociales emprenden para poner a la defensa y al respeto a los derechos humanos en un lugar primordial de la lucha contra el VIH/sida es fundamental para las personas que quieran informarse adecuadamente en la materia. Por ello, damos a conocer cifras y hechos en torno a cómo el VIH/sida se relaciona con el fenómeno migratorio en México, con los derechos de las niñas y los niños, así como con las y los usuarios de drogas inyectables.

Asimismo, se presentan los resultados del trabajo de algunos representantes de la sociedad civil organizada, pieza clave para el ejercicio y defensa de los derechos humanos de las personas que viven con VIH-sida. Por supuesto, como es costumbre, recomendamos algunos libros destacados sobre el tema e informamos de las noticias más relevantes del mes en materia de derechos humanos.

Acceso universal en 2010

Expertos ven difícil alcanzar el objetivo

Durante seis días, especialistas en investigación médica, representantes de organismos internacionales, de la sociedad civil organizada, de la academia y personas que viven con VIH/SIDA se reunieron en la ciudad de México para llevar a cabo la xvii Conferencia Internacional sobre el Sida con un lema: ¡Acción universal ya!, en referencia al acceso universal a programas de prevención y tratamiento de la enfermedad. Sin embargo, al concluir el encuentro, casi nadie cree que ese objetivo se pueda cumplir para 2010, a pesar de que los avances logrados hasta ahora han sido muy importantes.

La preocupación de que las metas están fuera del alcance quedó flotando entre las y los delegados de África, América Latina, Norteamérica y Europa, incluyendo a los representantes de la Organización Mundial de la Salud (oms).

Lograr el acceso universal a programas de prevención y tratamiento de la enfermedad en el 2010 es la meta que se fijó en 2006, durante la segunda Asamblea de las Naciones Unidas sobre VIH/sida. Estos compromisos globales complementan las metas del milenio establecidas por la Organización de las Naciones Unidas (onu), que buscan reducir la mortalidad infantil, mejorar la salud materna y combatir el sida, la malaria y otras enfermedades.

Médicos sin Fronteras fue una de las organizaciones que más se pronunció por la baja de los precios de los medicamentos para alcanzar esa meta. Y es que el alto costo impide que muchas personas que viven con VIH/sida en países pobres tengan acceso al tratamiento.

Cifras de la oms revelan que la cobertura en medicamentos antiretrovirales es aún limitada, pues llega apenas a 31% de los 9.7 millones de personas que los necesitan. A pesar de esto, Latinoamérica tiene una de las cifras de cobertura más alta y que de los 360 mil enfermos de VIH/sida, dos terceras partes (64%), reciben tratamiento antirretroviral.

Las y los delegados asistentes reconocieron los apoyos de Onusida y el Banco Mundial; sin embargo, dijeron que son insuficientes para cumplir con las metas del milenio en la materia.

Derechos humanos, presentes por primera vez

Se ha visto que los avances científicos pueden dar esperanza de vida a quienes padecen esta enfermedad, sin embargo el alto costo de los medicamentos ha convertido al sida en una enfermedad que no se erradicará mientras lo acompañe el fantasma de la pobreza.

Esa ha sido la principal razón por la cual, en este 2008, los derechos humanos hayan sido tratados por vez primera en la Conferencia. Así, reclamamos por los altos costos de los medicamentos, por la falta de vivienda para personas que viven con VIH/sida, por la criminalización del trabajo sexual y de la transmisión del virus, así como por la feminización de la pandemia, entre otros, se hicieron presentes a lo largo de toda la semana de trabajo.

Entre las conclusiones, las organizaciones civiles dieron cuenta de la realidad en los países que dicen tener acceso universal a salud para las personas que viven con VIH: 62% cuentan con políticas para el cuidado de las personas seropositivas, de las cuales casi 80% carece de indicadores de desempeño y cumplimiento.

La relatoría de las actividades realizadas durante esta Conferencia señaló que hicieron falta sesiones sobre el tema de la propiedad intelectual y el comercio; en particular, los costos de las terapias antirretrovirales, a

pesar de ser temas fundamentales para lograr el anhelado acceso universal. Se señaló que el acceso a los fármacos se logró con la movilización global; por lo que ahora se requiere otra para lograr la disminución de los precios y al mismo tiempo rechazar los dogmas de la industria farmacéutica. Por ello, se señaló la necesidad urgente de elaborar una propuesta que garantice que los medicamentos estarán accesibles para ricos, pobres y marginados en las mismas condiciones, sólo así dejarían de violarse los derechos humanos de las personas que viven con VIH/sida.

“Si el mundo no presta atención al llamado a asegurar los derechos humanos y la dignidad para cada una de las personas afectadas por el VIH, no lograremos nuestro objetivo de acceso universal”, advirtió Pedro Cahn, presidente de Fundación Huésped y copresidente internacional de la Conferencia. “Mientras luchamos por el acceso universal debemos, de una vez y para siempre, comprometernos con el ideal de que cada vida merece ser respetada”, agregó Luis Soto Ramírez, copresidente en México de la Conferencia quien también señaló que para lograr políticas eficaces de prevención será necesario atender a los grupos de mayor riesgo, como son los hombres que tienen sexo con otros hombres (HSH), mujeres, inmigrantes, indígenas, usuarios de drogas intravenosas e indígenas, para lo cual es fundamental acabar con la discriminación.

Se trabajó duro, hubo protestas, información, libertad de expresión pero, a pesar de los esfuerzos, la XVII Conferencia Internacional sobre el sida terminó sin fijar un plan concreto para garantizar el acceso al tratamiento para todo aquel que lo necesite. ☺

Ban Ki-moon, secretario general de la onu. Fotografía: Sociedad Internacional de SIDA.



Infancia y VIH/sida*

México es considerado un país de baja prevalencia del VIH (0.3% en 2005); ocupa el lugar 77 en el mundo. Considerando el número total de casos reportados, ocupa el tercer lugar en el continente americano, precedido por Brasil y Estados Unidos de América. Si se incluye El Caribe, México ocupa el lugar número 23 en el continente. La estimación sobre el número de personas viviendo con VIH/sida, a finales de 2007, era de 204 mil 900 (Censida, 2007).

México tiene una epidemia concentrada principalmente en los grupos que mantienen prácticas de riesgo: hombres que tienen sexo con hombres; trabajadores y trabajadoras del sexo, y usuarios de drogas inyectables. Asimismo, existe una importante variación de la prevalencia en las diferentes entidades del país. Por ejemplo, en 2005, los estados más afectados eran el Distrito Federal, Quintana Roo, Baja California y Yucatán, con una prevalencia promedio de 0.51%, mientras que Hidalgo, Zacatecas y San Luis Potosí presentaban 0.12 por ciento.

Después de un crecimiento lento en los primeros años, la epidemia registró un crecimiento exponencial en la segunda mitad de los años ochenta. Al inicio de la década de los noventa, este crecimiento se amortiguó, mostrando una importante desaceleración a partir de 1994 (Saavedra, 2006).

Acorde con el perfil de epidemia concentrada, el grupo que ha experimentado el mayor número de casos diagnosticados entre 1983 y 2006 es el de hombres adultos con 81.6%, mientras que el total de casos acumulados en las mujeres adultas representa 16%, con 17 mil 496 casos. La proporción de personas menores de 15 años se mantiene relativamente estable en relación con la tendencia observada en este lapso (2.4%), ya que para 2006 representaron 2.3%, según muestra el siguiente cuadro:

* Extracto de *La infancia y el VIH/sida. Colocando a la niñez y la adolescencia en el centro de la respuesta al VIH/sida*, México, Unicef, 2008, pp. 7-9.

Casos nuevos y acumulados de sida en México, según grupo de población 1983-2006

Grupos de población	Casos diagnosticados en 2006		Casos acumulados 1983-2006	
	Número	%	Número	%
Menores de 15 años	115	2.3	2 662	2.4
Hombres adultos	3 893	77.0	89 162	81.6
Mujeres adultas	1 047	20.7	17 496	16.0
Edad desconocida	0	0.0	1 019	0.9

El impacto del VIH/sida en la infancia y la adolescencia mexicana

La población infantil y adolescente (entre cero y ocho años) tiene un peso poblacional muy relevante en México. Según proyecciones derivadas del Censo de Población 2005, en 2008 este grupo representa 36.8% de la población total, lo que equivale a 39.7 millones de personas, de las cuales 19.1 mil son hombres y 18.5 mujeres (Conapo, 2008). Aun cuando los niños, niñas y adolescentes no constituyen un grupo mayoritario y directamente afectado por la epidemia del VIH/sida en

el país, ésta sí se traduce en un factor de vulnerabilidad para ellos, en función de las situaciones de riesgo a las que se enfrentan.

En México, el sida es considerado la cuarta causa de muerte entre el segmento de edad de 15 a 29 años. Datos actualizados indican que los casos acumulados en el grupo de edad de cero a 14 años entre 1983 y marzo de 2008 suman 2 mil 834, siendo hombres 1 534 y mujeres 1 300. Tan sólo entre enero y marzo de 2008 se diagnosticaron 10 casos en este grupo de edad. En el periodo de 1983 a marzo de 2008, más de 85% de los casos de menores de 14 años fueron ocasionados por transmisión perinatal, 11% por transmisión sanguínea en promedio entre hombres y mujeres, y 3.7% por transmisión sexual en promedio para hombres y mujeres, correspondiendo 4.5% a los hombres y 2.9% a las mujeres. Cabe señalar que, gracias a las normas y medidas de donación, obtención, procesamiento, almacenamiento, distribución y uso clínico de la sangre, la transmisión sanguínea del VIH ha sido prácticamente erradicada en México (Censida, 2008).

ENTRE 1983 Y MARZO DE 2008 SE HAN REGISTRADO 2 MIL 834 CASOS DE SIDA EN MENORES DE 15 AÑOS EN MÉXICO, QUE REPRESENTAN 2.4% DEL TOTAL DE CASOS ACUMULADOS. LA PRINCIPAL VÍA DE TRANSMISIÓN DEL SIDA PEDIÁTRICO ES LA DE MADRE A HIJO: 79% DE LOS CASOS EN HOMBRES Y 91.3% EN LAS MUJERES.

Casos nuevos y acumulados de sida pediátricos en México, por categoría de transmisión y sexo

Categoría de transmisión	Hombres				Mujeres			
	Casos diagnosticados en 2008*		Casos acumulados 1983-2007		Casos diagnosticados en 2008*		Casos acumulados 1983-2007	
	Número	%	Número	%	Número	%	Número	%
Perinatal	58	3.3	867	79.0	3	75.0	874	91.3
Sanguínea	0	0.0	182	16.6	0	0.0	55	5.7
Sexual	1	16.7	49	4.5	1	25.0	28	2.9
Se desconoce**	0	(0.0)	433	(28.3)	0	(0.0)	342	(26.3)
Total	6	100.0	1,532	100.0	4	100.0	1,299	100.0

* Datos al 31 de marzo de 2008.

** La categoría se desconoce se excluyó del cálculo de los porcentajes, pero se muestra entre paréntesis para conocer su magnitud.

Fuente: Secretaría de Salud, Dirección General de Epidemiología, Registro Nacional de Casos de Sida, datos al 31 de marzo de 2008, en: <www.censida.gob.mx>.

Además de los desafíos que representa la prevención de la transmisión de madre a hijo del VIH en México, existen distintos grados de vulnerabilidad para la infancia y la adolescencia en función de situaciones específicas, tales como los niños, niñas y adolescentes en situación de calle, institucionalizados, privados de libertad, afectados por el consumo de sustancias adictivas y víctimas de abuso o explotación sexual comercial, que enfrentan un riesgo más elevado de contraer el VIH/SIDA y requieren respuestas sociales e institucionales diferenciadas.

Para asegurar que los programas a los que se presta apoyo sean de alta calidad y estén basados en las mejores pruebas empíricas disponibles, es esencial contar con sistemas nacionales de seguimiento. Ello hace indispensable recopilar sistemáticamente información desagregada para reflejar el impacto en niñez y adolescencia de la epidemia y los resultados de la respuesta correspondiente.

El marco jurídico nacional e internacional

El marco jurídico mexicano cuenta con diversas disposiciones relativas a la prevención, atención y control del VIH/sida en niños, niñas y adolescentes, incluyendo las contenidas en la Constitución, en diversas leyes secundarias y en las normas oficiales mexicanas expedidas al efecto. Asimismo, los compromisos en la materia derivados de diversos tratados y convenciones internacionales son de cumplimiento obligatorio en el país al haber sido ratificados por el Estado mexicano. Existe además, una serie de documentos internacionales que si bien no son obligatorios, sirven para guiar las acciones y políticas de los estados, a fin de lograr la plena vigencia de los derechos de las personas que viven con VIH/sida.

De acuerdo con la Constitución, todo individuo debe gozar de todos los derechos y garantías en condiciones de igualdad. Entre estos derechos se encuentran el de la protección de la salud y el acceso a los servicios de salud, el derecho a no sufrir discriminación motivada por las condiciones de salud o cualquier otra causa que atente contra la dignidad humana y tenga por objeto anular o menoscabar los derechos y libertades de las personas.

Asimismo, la Constitución reconoce que todos los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a una protección especial que les garantice la plena satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, educación y sano esparcimiento para su desarrollo integral y que el

Estado debe proveer lo necesario para propiciar el respeto a la dignidad de la niñez y el ejercicio pleno de sus derechos.

Estos derechos constitucionales se encuentran reglamentados por diversas leyes secundarias entre las cuales se encuentran la Ley General de Salud, la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación y la Ley para la Protección de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes, que contienen disposiciones generales para prevenir, controlar y atender el VIH/sida, especialmente en beneficio de grupos vulnerables; evitar la discriminación y el estigma, y promover la igualdad de oportunidades y de trato.

Tratándose de niños, niñas y adolescentes, prevén también el deber de atender de manera especial el VIH/sida, impulsando programas de prevención e información, a fin de asegurarles un desarrollo pleno e integral, lo que implica la oportunidad de formarse física, mental, emocional, social y moralmente en condiciones de igualdad bajo los principios del interés superior de la infancia y no discriminación.

Las disposiciones específicas para la prevención, control y atención del VIH/sida en México, se encuentran previstas en diversas normas oficiales mexicanas² en las cuales se establecen las medidas, lineamientos y criterios que deben ser observados por todos los establecimientos para la atención médica de los sectores público, social y privado de país y por las autoridades responsables de la prevención, el control y la atención médica del VIH/sida. Estas normas y acuerdos regulan cuestiones referentes al tratamiento de los pacientes; la confidencialidad de los datos; el debido acceso y uso de la información; el acceso a los medicamentos; el deber de crear programas y campañas específicas de información, educación y comunicación para la prevención del VIH/sida; la prohibición y reducción del estigma y la discriminación de los pacientes con VIH/sida, entre otras.

Los derechos a la protección de la salud, no discriminación e igualdad en los que se enmarcan las acciones para la prevención, control y atención del VIH/sida

² Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993. Para la Prevención y Control de la Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana, publicada el 17 de enero de 1995 y modificada en junio de 2000; Norma Oficial Mexicana NOM-039-SSA2-2002. Para la Prevención y Control de las Infecciones de Transmisión Sexual, publicada en el DOF el 19 de septiembre de 2003; Acuerdo por el que se establecen disposiciones generales obligatorias por la prevención, atención y control del VIH/sida en las instituciones Públicas del Sistema Nacional de Salud, publicado en el DOF el 12 de noviembre de 2004.

en niños, niñas y adolescentes, también se encuentran previstos en diversos pactos y convenciones internacionales de las cuales México forma parte, tales como el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos; el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y

Culturales; la Convención Americana sobre Derechos Humanos; la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer; y de manera particular la Convención sobre los Derechos del Niño.☺

Documentos internacionales específicos que regulan los derechos de las personas viviendo con VIH/sida

- Declaración de París sobre las Mujeres, los Niños y el Sida, adoptada en 1990.
- Declaración de Derechos y Humanidad sobre los Principios Fundamentales de los Derechos Humanos, la Ética y la Humanidad Aplicables en el Contexto del VIH/sida, adoptada en 1992 por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.
- Carta de las Obligaciones de Respetar los Derechos Humanos y los Principios Éticos y Humanitarios al Abordar las Dimensiones Sanitarias, Sociales y Económicas del VIH/sida, adoptada en 1992 por la Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas.
- Declaración de Compromiso de la ONU en la Lucha contra el VIH/sida, adoptada en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre VIH/sida el 25 de agosto de 1993.
- Declaración Cumbre de París sobre el Sida, adoptada en 1994.
- Directrices Internacionales. El VIH/sida y los Derechos Humanos, acordadas durante la Segunda Consulta Internacional sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos (Onusida).
- Observación General número 3, El VIH/sida y los Derechos del Niño, del Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, 2003.



Fotografía: Irving de Jesús Villegas Sánchez.

Uso de drogas y vulnerabilidad frente al VIH

En nuestro país, la mayoría de los casos reportados de personas infectadas por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) son resultado de la transmisión sexual, sin embargo el uso de drogas inyectables se incrementa constantemente y por tanto, la vulnerabilidad de las personas que las utilizan frente a esta y otras enfermedades.

Las y los usuarios de drogas inyectables (UDI), al igual que cualquier portador(a) de VIH/sida, tienen derecho a la salud, a la información¹ y a la no discriminación, derechos humanos que constantemente son violentados por la implementación de políticas públicas que, lejos de ayudar, sólo criminalizan su adicción, principalmente a la cocaína y a la heroína.

Según cifras del Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (Censida), hasta junio de 2008 se habían detectado 47 casos de VIH en UDI. La misma fuente revela que si sumamos éstos a los acumulados desde 1983 da un total de 974 casos de personas que adquirieron la enfermedad por usar drogas inyectables.²

¹ La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos garantiza, en su artículo 4º, el derecho a la salud, mientras que el artículo 60 obliga al Estado mexicano a garantizar la información a las y los ciudadanos. Cuando se trata de protección de la salud a través de la prevención de enfermedades, la información es una herramienta insustituible para evitar contagios de epidemias como el VIH/sida. El artículo 12 del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) dice que entre las medidas que se deberán adoptar a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud figurarán las necesarias para el control, la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole.

² Véase: <www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2008/transysexojunio.pdf>. Página consultada el 13 de agosto de 2008.

Censida ha reconocido que el uso de estas sustancias inyectables puede intensificar el auge del VIH en el país e incluso, el futuro de esta epidemia esté entre esta población. Desde hace tres años la señal de alerta está encendida en las ciudades de la frontera norte, donde hasta 2005 se había detectado que más de 95% de las y los usuarios de este tipo de estupefacientes estaban infectados con el virus de la hepatitis C y casi 3% eran portadores de VIH/sida utilizar jeringas compartidas.³ En el Distrito Federal, la situación también es preocupante, pues ya existen picaderos en zonas como Iztapalapa y Tepito.

De acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la experiencia de los últimos 18 años muestra que una vez introducido el consumo de drogas inyectadas en un país o región, pueden producirse epidemias explosivas de infección por VIH/sida.

Al igual que en muchos países de Europa, en México la alternativa para combatir el riesgo de transmisión de enfermedades es que las y los usuarios tengan acceso a jeringas estériles, como parte de una acción encaminada a reducir el daño que produce la adicción. Sin embargo, hasta ahora el único esfuerzo de este tipo en las ciudades fronterizas está a cargo de Compañeros, A. C., que cada año adquiere 10 mil jeringas y las reparte entre esta población.

Gráfica 1. Estrategias desarrolladas en la prevención del VIH/sida en UDI



Fuente: Secretaría de salud. Véase: <www.salud.gob.mx/conasida/comvensida/udis3.pdf>. Página consultada el 13 de agosto de 2008.

³ "Usuarios de drogas inyectables pueden intensificar el auge del VIH en el país" en *La Jornada*, México, 3 de diciembre de 2005. Véase: <www.jornada.unam.mx/2005/12/03/042n1soc.php>. Página consultada el 13 de agosto de 2008.

María Elena Ramos, integrante de esta organización de la sociedad civil (osc), ha denunciado que casi ninguna persona adicta e infectada por VIH/sida tiene acceso a fármacos antirretrovirales debido a que se suele considerar que estas personas no garantizan el éxito de la terapia.

Por su parte María José Bravo, experta en drogas inyectables de la OPS, ha alertado en diversos foros internacionales sobre la necesidad de instrumentar acciones para acercar los servicios médicos a las y los UDI, eliminar el estigma y el rechazo a ese sector, así como asignar recursos económicos específicos para la atención de este problema.

En México, el Colectivo por una Política Integral hacia las Drogas (Cupihd) asegura que no se puede dejar de hablar de drogas cuando se aborda el tema del VIH/sida porque están íntimamente relacionados y afirma que el virus puede sobrevivir en una jeringa, una navaja o un espejo hasta por cuatro semanas.⁴

Hoy en día, las drogas forman parte de todas las sociedades, se usan independientemente del extracto social o económico por lo que se debe reducir los riesgos de su uso que son tan o más importantes que la adicción a una sustancia en sí.

Así, para prevenir que la pandemia del sida avance es necesario exigir políticas públicas que garanticen otro importante derecho humano: el de la educación. Y es que es notable que no basta con una educación sexual adecuada para las niñas, los niños y los jóvenes, también se necesita hablar y educar sobre las drogas y su uso, con información objetiva, basada en datos científicos, eliminando los prejuicios que tenemos sobre las mismas y sobre quienes las utilizan.

Frente a las drogas, sean legales o ilegales, es derecho de todas y todos tener información suficiente y adecuada para conocer los riesgos de consumirlas, y así saber que se tienen derechos y responsabilidades si es que se decide usarlas.

La lucha preventiva contra la transmisión del VIH es una medida necesaria para asegurar la plena efectividad del derecho a la salud y el derecho a la información. En la medida en que la transmisión del VIH ocurre por emplear prácticas de riesgo en el uso de determinadas drogas, reducir esto es fundamental para garantizar el pleno ejercicio de los derechos humanos.🌀

⁴ Cupihd, *El VIH/sida y las drogas: una relación íntima*, p. 1. Véase: <www.cupihd.org>. Página consultada el 13 de agosto de 2008.

Derechos humanos en el centro de la lucha contra el VIH/sida

10 razones*

Los derechos humanos deben ocupar el centro global de la respuesta al sida, subraya una declaración hecha por 500 organizaciones de todo el mundo, apoyada por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (Onusida) y por el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), y que fue presentada durante la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida en México.

El texto enfatiza que “el acceso universal (a un tratamiento) nunca será total sin derechos humanos; porque la desigualdad de género hace a las mujeres más vulnerables al VIH; porque los derechos y las necesidades de niños y jóvenes han sido largamente ignorados con una respuesta al VIH”.

La declaración, llamada Derechos humanos y VIH/sida: ahora más que nunca, es promovida por la Red de Trabajo Legal Canadiense para difundir los derechos fundamentales, que ahora más que nunca son necesarios y da cuenta de la preocupación por las poblaciones que aún son vulnerables al VIH. A continuación presentamos las 10 razones por las que los derechos humanos deben ocupar el centro de la lucha mundial contra el sida y un resumen del contenido de este documento.

* Véase < http://www.portalsida.org/repos/ahora_mas_que_nunca.pdf>, página consultada el 21 de agosto de 2008.

1. El acceso universal nunca será logrado sin los derechos humanos

Muchas de las personas que más necesitan los servicios de VIH todavía son las que tienen menos probabilidades de recibirlos: las mujeres y las niñas enfrentan discriminación y violencia generalizadas por motivos de género, incluso en el matrimonio, lo que aumenta su riesgo al VIH e impide su acceso a la información y los servicios; los niños, las niñas y jóvenes carecen de acceso libre a información sobre VIH, educación sexual y habilidades para la vida, y a fórmulas pediátricas de los medicamentos del VIH; las poblaciones criminalizadas, tales como hombres que tienen sexo con hombres, consumidores de drogas y trabajadoras(es) sexuales, son alejadas(os) de los servicios de VIH por la discriminación y la violencia, muchas veces por autoridades policiales y jueces encargados de implementar leyes sobre sodomía, narcóticos y prostitución.

En todas las consultas regionales y nacionales, obstáculos como estos han sido mencionados como barreras importantes que impiden lograr la meta del acceso universal. Sin embargo, en las respuestas nacionales al VIH y sida difícilmente se establecen compromisos políticos, financiamiento o programas para superarlos.

2. La desigualdad de género hace que las mujeres sean más vulnerables al VIH

Las mujeres y las niñas tienen, en estos momentos, los índices de infección más altos en los países afectados más severamente. Actualmente representan casi la mitad de las infecciones por el VIH en el mundo y la mayoría en el África subsahariana. Esto se debe a la subordinación política, social, económica y sexual que enfrentan y que está consagrada en leyes y preservada en prácticas y culturas. La discriminación, el estigma y la violencia también son realidades que afectan diariamente a muchas mujeres que viven con VIH/sida.

En muchos países existen leyes nacionales que restringen la capacidad de las mujeres para poseer, heredar o disponer de bienes. Las mujeres sufren discriminación en su acceso a educación, crédito, empleo y divorcio. La falta de igualdad legal y social trae como

consecuencia que las mujeres dependan económicamente de sus esposos, dejándolas con pocas opciones distintas a continuar en relaciones donde no pueden rehusarse al sexo o insistir en el uso del condón. Las mujeres generalmente caen en la pobreza una vez sus esposos fallecen o se disuelve el matrimonio, y con tan escasas posibilidades y opciones que terminan intercambiando sexo por supervivencia, o dependiendo de alojamiento o trabajos que las exponen a abusos sexuales o violencia. Estos factores colocan a las mujeres en situaciones de mayor riesgo de infección por VIH.

3. Los derechos y las necesidades de las niñas, los niños y los jóvenes son ignorados en la respuesta al VIH, aun cuando ellos son los más afectados en muchos lugares

El VIH es una epidemia que afecta a las personas jóvenes. Los índices de niños y niñas que nacen con VIH son alarmantes, aun cuando existen métodos comprobados para prevenir su transmisión durante el embarazo y nacimiento. Más de la mitad de los infectados a nivel mundial son jóvenes entre 15 y 24 años de edad, a pesar de la sensibilización sin precedentes que existe sobre el VIH/sida y sus causas. A las niñas y niños huérfanos afectados por el VIH se les niega el derecho básico de protección social, sin importar que ahora sean decenas de millones sólo en el África subsahariana.

Aun cuando la transmisión madre-hijo del VIH ha desaparecido prácticamente en los países desarrollados, menos de 10% de las mujeres embarazadas en los países en desarrollo reciben los servicios que pudieran prevenir la transmisión del VIH a sus hijos(as). Esto trae como consecuencia que más de mil 500 niñas y niños nacen infectados por el VIH todos los días. Esta absurda desigualdad podría mitigarse si las niñas y los niños tuvieran acceso, tal como sucede con los adultos, a medicamentos contra el VIH que prolonguen sus vidas. De hecho, casi 90% no tiene acceso al tratamiento que necesitan.

Por otro lado, las personas jóvenes en riesgo de contraer VIH por contacto sexual o por el consumo de drogas inyectables muchas veces no tienen acceso a la información y a los servicios básicos para prevenir el VIH.

4. Los más afectados reciben la menor atención en las respuestas nacionales al VIH

Muchos de los que poseen un mayor riesgo de contraer el VIH tienen algo en común: su estatus es criminalizado por las leyes. Las autoridades policiales encargadas de implementar leyes antinarcóticas, antiprostitución y antisodomía frecuentemente extraen sobornos y confesiones de personas indefensas, algunas veces cometiendo atrocidades contra éstas, incluyendo violación y asesinato. El enfoque punitivo en relación al consumo de drogas, trabajo sexual y homosexualidad alimenta el estigma y el odio contra grupos marginados socialmente, empujándolos a esconderse y lejos de los servicios para prevenir, tratar y mitigar el impacto del VIH/sida.

Las personas que consumen drogas ilícitas representan la fracción más baja de los individuos que reciben tratamiento con antirretrovirales en muchos países, a pesar de ser la mayoría de las personas que viven con el VIH. Terminan en prisión o entrando y saliendo de programas de rehabilitación inefectivos y obligatorios, en vez de recibiendo los servicios para la adicción de drogas, o para la prevención y el tratamiento del VIH, que tan desesperadamente necesitan.

Las y los trabajadores sexuales, cuya conducta también es penalizada por leyes que prohíben la prostitución, el tráfico, el ofrecimiento, los proxenetas y los burdeles, muchas veces no tienen acceso a los servicios para el VIH debido a la gran cantidad de abusos policiales. Los esfuerzos agresivos para eliminar el tráfico humano muchas veces se traducen en una oposición a programas que tienen como objetivo la salud y los derechos humanos de las y los trabajadores sexuales.

Los hombres que tienen sexo con hombres enfrentan grandes niveles de violencia y discriminación alrededor del mundo, así como una constante criminalización de la sodomía en muchos países. El estereotipo que comúnmente se utiliza en relación al sida como una “enfermedad de homosexuales”, alimenta la exclusión social hacia los hombres homosexuales y hacia las personas que viven con el VIH, muchas veces alejando a ambas poblaciones de los servicios ordinarios de salud.

Los prisioneros y detenidos en muchos países tiene muy poco, o ningún, acceso a las pruebas voluntarias y a los tratamientos contra el VIH. Muchas veces se les niega el acceso a herramientas e información sobre el VIH, incluso en lugares donde existe disponibilidad de

los mismos fuera de las prisiones. En muchos casos, no se les suministran condones ni jeringas esterilizadas, a pesar de las firmes evidencias que demuestran su efectividad en la prevención del VIH, sin que representen un riesgo para el resto de la población penitenciaria.

5. Los programas efectivos de prevención, tratamiento y atención del VIH están siendo atacados

En los últimos 25 años se ha demostrado, una y otra vez, que los programas para el VIH son más efectivos cuando están fundamentados en el compromiso voluntario, informado y abierto de las personas hacia los servicios de salud basados en evidencias. Estos servicios deben informar y educar a las personas acerca del VIH, apoyarlas para que adopten comportamientos saludables, y ofrecerles una variedad de opciones comprobadas de prevención y atención que reconocen las realidades de sus vidas y les permitan escoger lo que sea más efectivo. Sin embargo, las recientes tendencias de enfoques coercitivos y de *talla única* han colocado a los servicios comprobados de VIH/sida en un peligro sin precedentes.

El acceso a medicamentos opioides para el alivio del dolor para cuidados paliativos, sigue estando fuera del alcance de la mayoría de las personas que los necesitan alrededor del mundo. A pesar que se han conseguido algunos avances al respecto, los países más afectados por el VIH/sida no han logrado un balance apropiado entre controlar el uso ilícito de la morfina y hacer que la misma esté disponible para propósitos medicinales. Las restricciones sobre la importación y la prescripción de la morfina persisten debido, principalmente, a los miedos exagerados sobre su adicción y al fracaso de los gobiernos de educar a los médicos y a otros trabajadores del sector de la salud acerca de su importancia para los cuidados paliativos relacionados con el sida y otras enfermedades que limitan la vida.

6. Los activistas de la lucha contra el sida arriesgan su seguridad al demandar que sus gobiernos den mayor acceso a los servicios para el VIH/sida

En muchos países, los activistas que demandan el acceso a servicios para el VIH/sida enfrentan la amenaza

de censura, difamación, violencia, encarcelamiento y otras recriminaciones de sus gobiernos. Ya sean activistas en Sudáfrica; pidiendo acceso a terapias con antirretrovirales; agricultores chinos solicitando alguna compensación por haber sido infectados con el VIH como consecuencia de un programa de recolección de plasma sanguíneo del gobierno; manifestantes en Marruecos que se oponen a la excesiva protección de las patentes en el Acuerdo de Libre Comercio Marruecos-Estados Unidos; personas transgéneros en Nepal que tratan de distribuir condones e información sobre el VIH; o consumidores de drogas en Tailandia que se oponen a la violenta *guerra a las drogas* de su país, las demostraciones pacíficas de los activistas de la lucha con el sida sido recibidas con intimidación y dispersión violenta. Las leyes que establecen restricciones al establecimiento de organizaciones no gubernamentales hacen que sea más difícil para la sociedad civil desarrollar una voz independiente con el fin de lograr políticas sensatas y efectivas sobre sida en sus países.

7. La protección de los derechos humanos es la manera de proteger la salud de las personas

La protección de los derechos humanos es clave para proteger la salud pública. Aprovechando esa realidad, los activistas por los derechos humanos han conseguido una gran cantidad de logros en la lucha contra el sida: el derecho a no ser discriminado por el estatus serológico; el derecho a tratamiento como parte esencial de la atención a la salud; y el derecho de las personas que viven con VIH/sida a participar en el desarrollo de políticas y programas de sida. Sin embargo, algunos han criticado a estos activistas, acusándolos de estar más preocupados por los *derechos individuales* que por la salud de las personas. La realidad es que los derechos humanos son esenciales para la salud de las personas y para una respuesta exitosa al VIH.

8. El sida presenta retos únicos y requiere de una respuesta excepcional

El sida reta la responsabilidad y el rendimiento de cuentas de los gobiernos como ninguna otra epidemia moderna lo ha hecho. Los profundos temores y pre-

juicios que rodean el sexo, la sangre, las enfermedades y la muerte –así como la percepción que el VIH está relacionado con comportamientos “inmorales” o “desviados”, tales como sexo fuera del matrimonio, sexo entre hombres y consumo de drogas– traen como consecuencia que los líderes políticos no se atrevan a enfrentar la epidemia.

Algunos temas controversiales como la igualdad de género y la sexualidad de los adolescentes, no son tomados en cuenta en la respuesta mundial al sida, debido, en gran parte, a que las mujeres, las niñas y los niños carecen del poder político que permita mantener la prioridad de los mismos en las agendas. Los gobiernos continúan invirtiendo pocos recursos en intervenciones para el VIH que tengan como objetivo las poblaciones marginadas, un patrón que Onusida ha catalogado como “un mal manejo de los recursos y un fracaso en relación a los derechos humanos fundamentales”.

9. Las respuestas al VIH basadas en los derechos son prácticas y funcionan

Los enfoques al VIH con base en los derechos humanos no son abstractos sino reales, prácticos y eficientes desde el punto de vista económico. Países, como Brasil, que han puesto a los derechos humanos en el centro de sus respuestas al sida, han visto una disminución de sus epidemias.

10. A pesar de la retórica, todavía hay carencia de acciones reales en materia de VIH/sida y derechos humanos

En el papel, el lugar que ocupan los derechos humanos en la respuesta al VIH está bien definido. Los gobiernos que firmaron la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/sida de 2001 acordaron ejercer acciones sobre el VIH y los derechos humanos. Ese compromiso fue reconfirmado cinco años más tarde. Sin embargo, en la práctica se han hecho muy pocos esfuerzos para invertir, presupuestar e implementar programas nacionales que podrían garantizar la protección legal y de los derechos humanos, de las personas que viven con VIH/sida o que están afectadas o son vulnerables al mismo. 🌐

Migración y VIH/sida en México*

La transmisión del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha estado ligada a la movilidad poblacional desde el inicio de la epidemia pero, cuando las migraciones son ilegales, la situación se agrava. La criminalización, la discriminación, el miedo y la falta de oportunidades aíslan a las personas migrantes de los programas de prevención y de atención por lo que se incrementa la probabilidad de que tengan conductas de riesgo que pueden llevarlas a contagiarse del virus.

La frontera entre México y Estados Unidos es una de las más transitadas del mundo y la imposibilidad de conseguir una visa no es un freno para las personas que necesitan buscar mejores oportunidades de desarrollo económico. Así, las leyes migratorias norteamericanas son violadas diariamente por personas que, si logran vivir y trabajar en ese país, lo hacen en forma clandestina. Este contexto hace que las personas migrantes sean altamente vulnerables ante el VIH/sida.

La soledad y la sensación de haber llegado a una sociedad más abierta muchas veces provocan que las personas migrantes tengan nuevos hábitos sexuales que llevan implícitas diversas conductas de riesgo. Un estudio realizado en California¹ revela que, en el proceso migratorio, los hombres suelen tener sexo con trabajadoras sexuales y con otros hombres, la mayoría de las veces sin protección. La falta de información, las barreras del idioma, el miedo a la deportación o una cultura machista de origen son algunos de los factores que impiden el uso del condón en estas relaciones de riesgo.

* Investigación especial realizada por Elizabeth Palacios, colaboradora de la CDHDF.

¹ M. Bronfman y N. Minello, "Hábitos sexuales de los migrantes temporales mexicanos a los Estados Unidos. Prácticas de riesgo para la infección por VIH"; en Bronfman M., et al. *Sida en México. Migración, adolescencia y género*, México, Edipesa, 1995.

Por otro lado, el estrés muchas veces conduce a estas personas al consumo de drogas, lo que también los hace vulnerables frente al VIH. Algunos expertos en el tema concuerdan con que el uso de alcohol y drogas es una respuesta para enfrentar condiciones hostiles en el país de destino.²

Sus limitaciones económicas les imponen situaciones de vivienda poco saludables, como el hecho de vivir 12 ó 14 hombres en un cuarto, o la falta de espacios sociales fuera de bares o cantinas, lo cual también crea contextos de vulnerabilidad. Además, muchas personas migrantes, obligadas por la difícil situación económica, recurren al trabajo sexual o al sexo recompensado (a cambio de comida, albergue, pasaje o regalos) como estrategia de sobrevivencia.

Existe poca información acerca del número de mexicanos(as) viviendo con VIH/sida en Estados Unidos. La alta movilidad de esta población y la limitada información que se tiene acerca de sus comportamientos dificultan los estudios al respecto, sin embargo, se sabe que la prevalencia de VIH en personas adultas en Estados Unidos es de 0.6%, mientras que en México es de 0.3%, lo cual significa que las y los migrantes mexicanos que viven en Estados Unidos tienen un mayor riesgo de adquirir el VIH comparado con la población que vive en México.

Para finales de 2001 se reportaron 816 mil 157 casos acumulados de VIH/sida en Estados Unidos, es decir, una incidencia acumulada de 285.4 por 100 mil personas. Y en el mismo periodo, en México se registraron 51 mil 914, es decir una incidencia acumulada de 51.7 por 100 mil habitantes. Comparando estos dos índices, el riesgo de contraer VIH/sida en Estados Unidos es 5.5 veces mayor que en México.³

La desigualdad social conduce a la vulnerabilidad

La vulnerabilidad social al VIH se genera como parte de las condiciones de desigualdad social donde ocurre el proceso migratorio y la manera en que se relacionan e interactúan los diferentes grupos en determinados contextos sociales. De modo que no es la migración en sí

misma, sino las condiciones en que ésta ocurre. Cambiar la situación de vida de las y los migrantes es crucial para reducir su vulnerabilidad frente al VIH, por ello es urgente que dejen de ser criminalizados(as) y sean tomados en cuenta al momento de elaborar estrategias de prevención, así como políticas públicas de atención para las personas que viven con VIH/sida, si es que se quiere garantizar su derecho a la salud.

El acceso a servicios de salud, vivienda y trabajo, entre otras necesidades básicas, podría disminuir el riesgo del VIH en poblaciones mexicanas de migrantes. También se necesitan materiales culturalmente adecuados de orientación y capacitación en español, así como programas educativos adaptados a las necesidades de subgrupos específicos (mujeres, gay, hombres heterosexuales, usuarios de drogas inyectables). Se debe mejorar la vigilancia epidemiológica para entender la dimensión del VIH entre inmigrantes documentados e indocumentados.⁴

De acuerdo con datos del Programa Piloto de Vigilancia Epidemiológica California-México, sólo 24.6% de las y los migrantes, antes de viajar a Estado Unidos habían tenido relaciones sexuales usando drogas y alcohol, pero al vivir en ese país esta condición se elevó a 41.3 por ciento.

Asimismo, 18.1 por ciento tuvo sexo a cambio de dinero y al vivir en Estados Unidos ese porcentaje subió a 29.4; mientras que quienes pagaron con sexo el alojamiento u otros favores en México era 1.4 por ciento, pero en la unión americana la cifra llegó a 2.7 por ciento.

En cuanto al sexo entre hombres, el porcentaje en México era de 3.6%, en cambio en Estados Unidos se elevó a 6.9, y lo único que cambió en sus hábitos sexuales fue el uso del condón, es decir, antes de emigrar 81.4% no usaba condón y al llegar a Estado Unidos esta situación disminuyó a 65.1 por ciento.⁵

Por datos como esos, Xóchitl Castañeda, directora de la Iniciativa de Salud de las Américas, de la Universidad de Berkeley, California lamentó que las y los migrantes fueran “los grandes ausentes” en la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida, y es que aunque hubo algunos foros, no se programó ni una sola conferencia magistral o sesión plenaria.

² M. L. Alaniz, *Migration, acculturation, displacement: migratory workers and "substance abuse"*, Prevention Research Center, Estados Unidos, 2002. Véase: <<http://www.popcouncil.org/pdfs/LangerKendallVIHSIDA.pdf>>, página consultada el 25 de agosto de 2008.

³ Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (UNAIDS), véase: <www.unaids.org>. Página consultada el 25 de agosto de 2008.

⁴ Héctor Carrillo y Pamela DeCarlo, *Hoja informativa 485*, Center for AIDS prevention studies, Universidad de California.

⁵ Véase: <www.universityofcalifornia.edu>, página consultada el 25 de agosto de 2008.

La investigadora lamentó que las y los migrantes no sean tomados en cuenta debido a que ni pueden volver ni son atendidos en Estados Unidos porque han sido obligados a esconderse. Promotora de la creación de “ventanillas de salud” en los consulados mexicanos en Estados Unidos que ofrecen servicios de prevención y canalización a la clientela cautiva que acude a las representaciones diplomáticas, Castañeda asegura que los factores que producen la alta prevalencia de VIH/sida entre la población migrante son los obvios: suelen tener los trabajos más riesgosos, viven en las peores condiciones y están solos, por lo que son víctimas de una vulnerabilidad estructural.

El riesgo para las esposas de los migrantes

La prevención y la atención del VIH/sida son asuntos binacionales principalmente porque los hombres migrantes suelen regresar frecuentemente a su comunidad de origen, ahí tienen relaciones sexuales sin protección con sus esposas y vuelven a Estados Unidos. Si ya son portadores del virus es muy probable que contagien a su pareja en México, incluso, originar un embarazo, lo que incrementa el problema. Por ello, se necesita un programa conjunto que contemple la prevención y la atención médica, tanto en territorio estadounidense como en los lugares de origen en México.

En poblaciones migrantes de México y del resto del mundo, los roles de género representan uno de los mayores retos a la prevención del VIH. La cultura sexual dominante hace a los hombres y las mujeres vulnerables a la infección por el VIH. Del lado de los hombres, el imperativo cultural de ser macho se orienta a tomar riesgos y no cuidarse a sí mismo. En el campo de la sexualidad, los patrones dominantes pueden expresarse en poseer múltiples parejas, no usar condón, y combinar relaciones sexuales con el uso de drogas o alcohol. Las expectativas de género que sostienen que los hombres deben ser agresivos y controlar sus relaciones sexuales puede impedir que hablen con su pareja para expresar sus dudas o falta de conocimiento sobre la sexualidad, VIH/sida, o el uso del preservativo, lo cual propiciaría que la pareja femenina adopte un papel más activo en establecer las condiciones de la relación sexual.

En las mujeres, la moral de género desalienta el conocimiento de su propio cuerpo y su sexualidad, y aun en los casos en que ellas tienen la información adecuada acerca del VIH, ciertas reglas culturales pueden dificultar

que hablen abiertamente de sexo. En este sentido es sustancial reconocer que los métodos para prevenir el VIH, propuestos tanto para mujeres como para hombres –abstinencia, fidelidad mutua y el condón masculino– son estrategias que no están al alcance de las mujeres en parejas estables dentro del patrón dominante de la heterosexualidad.

Las vulnerabilidades asociadas para las mujeres parejas de migrantes están bien establecidas. En una comunidad rural mexicana, dos terceras partes de las mujeres reportaron no usar condón con su pareja, aun cuando sospecharon que el comportamiento de él en Estados Unidos podría representar un riesgo para ellas.⁶ Otras entrevistas en profundidad con esposas de migrantes muestran que incluso cuando las mujeres perciben vulnerabilidad a la infección por el VIH, sus habilidades de protección se ven limitadas por dificultades de comunicación con la pareja, dificultades para influir en el comportamiento sexual de ésta o negociar métodos de protección.⁷ Otros motivos reportados para no pedir o exigir el uso del condón, incluyen la pérdida de intimidad y confianza que implica para ellas el uso del condón con la pareja estable, y temor a la violencia o el abandono. En algunos casos ellas prefieren no saber nada de las relaciones sexuales que ellos tienen en Estados Unidos y prefieren vivir en la negación.

De acuerdo con estudios de la Organización Internacional para las Migraciones (OIM), las esposas de los migrantes corren mayor riesgo cuando regresan sus parejas de países con elevada prevalencia del VIH. Xóchitl Castañeda cita dos datos: 60% de los hombres con VIH lo tienen por practicar sexo sin protección; 73% de las mujeres heterosexuales por practicarlo con sus parejas.

Una de cuatro mujeres con sida en las zonas rurales tiene un marido migrante y en esa realidad algo tiene que ver que en algunos lugares de Estados Unidos la enfermedad está creciendo 10 veces más rápido entre los latinos que entre los blancos. Esto ocurre pese a que 97 de cada 100 migrantes sabe qué es un condón, cómo se usa y para qué sirve, pero muchos no lo utilizan.⁸

⁶ V. N. Salgado de Snyder, M. J. Díaz Pérez, M. Maldonado, “AIDS: risk behaviors among rural Mexican women married to migrant workers in the United States” en *Aids Education and Prevention Journal*, Agosto 1996.

⁷ Oritz-Mondragon R. et al., “Riesgo de VIH/sida en mujeres parejas de migrantes temporales a los Estados Unidos”, *II Conferencia de Cooperación Técnica Horizontal en VIH/sida/lris*, Río de Janeiro, Brasil, noviembre de 2000.

⁸ “Los migrantes ausentes en la Conferencia Internacional sobre el Sida” en *La Jornada*, 13 de agosto de 2008. Véase: <http://migracion.jornada.com.mx/migracion/noticias/los-migrantes-ausentes-en-la-conferencia-internacional-sobre-el-vih/sida>. Página consultada el 25 de agosto de 2008.

Existen diversos programas de educación, prevención y atención a la salud sexual y reproductiva de los migrantes en las comunidades de origen, pero su ámbito de acción y alcances reales son todavía bastante limitados.

Lamentablemente, la evidencia señala que, en la actualidad, todos estos programas se insertan sobre sistemas de salud que, de por sí, son bastante débiles. La respuesta se caracteriza por falta de capacidad técnica entre los trabajadores de salud en las áreas rurales y un presupuesto muy limitado. En general, en las comunidades de origen existe poco acceso a preservativos y pruebas de VIH. Los programas de salud existentes se limitan a la repartición de materiales educativos y a pláticas informativas que, está comprobado, no se transforman en cambios de comportamiento.

Mujeres migrantes y VIH/sida

Las mujeres son un grupo en aumento en el proceso migratorio; en muchos casos ellas son responsables de la economía familiar lo que las impulsa a emigrar. A pesar de ello, el fenómeno de la migración siempre ha sido analizado desde la perspectiva masculina. Ellas ya no son sólo las esposas de los que se van, ahora ellas también se arriesgan para conseguir trabajo en Estados Unidos.

El viaje se convierte en una negociación continua donde el sexo aparece como un recurso que podría facilitar el tránsito. Se les considera como *mujeres que están dispuestas a todo* por lo que constantemente son objeto de acoso y violencia sexual, lo cual también las pone en una condición extremadamente vulnerable frente al VIH/sida.

La mujer es vista, por los mismos migrantes, como *disponible* para cualquier tipo de servicios, pero principalmente, para el sexo. Para los *coyotes*, ellas suelen convertirse en pareja sexual mientras dura el tránsito, a cambio de protección.⁹

Ya en Estados Unidos, las mujeres siguen siendo víctimas de acoso y violencia sexual y muchas veces se ven obligadas a trabajar como sexoservidoras para subsistir, todo ello ante la imposibilidad de conseguir un empleo por su condición migratoria ilegal.

El futuro de la migración y el VIH

En nuestro país, migrar representa una probabilidad de mejoría económica, a pesar del alto costo social que puede significar. Los residentes de las comunidades con alto índice migratorio hacia Estados Unidos perciben que no hay condiciones para mejorar su vida en el futuro inmediato y que es mejor irse. Así, a pesar de los obstáculos materiales y las políticas antiinmigrantes, el proceso migratorio de ciudadanos(as) mexicanos(as) hacia Estados Unidos continuará.

No es la condición migratoria en sí misma la que hace vulnerables a las personas migrantes, sino las consecuencias de desigualdad social que determinan, generan y reproducen la migración en los lugares de origen, la forma en que transitan por diferentes estaciones de paso, así como su inserción social y laboral en los lugares de destino.¹⁰

La relación entre migración y sida es sólo una de las expresiones de la vulnerabilidad social en la que viven las personas migrantes. Este contexto social es propicio para tener consecuencias negativas en la salud, específicamente en materia de VIH/sida; ante ello, urgen políticas públicas que garanticen el derecho a la salud y en general, la protección de los derechos humanos de las y los migrantes, a fin de combatir esta vulnerabilidad.

Tales políticas deben atender y responder a las condiciones específicas en las que se generan las situaciones de riesgo de transmisión del VIH en migrantes o en sus parejas, tanto en México como en Estados Unidos, todo ello a fin de garantizar el ejercicio de los derechos humanos de las personas que han decidido emigrar. ●

⁹ José Ángel Córdova Villalobos et al., *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*, México, Censida-SSA-INSP, 2008.

¹⁰ *Idem*.

Vida digna

Un esfuerzo por reducir la discriminación*

Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro y San Luis Potosí son entidades con una incidencia relativamente baja en el número de casos de VIH y sida, pero con tendencia a incrementarse debido a una cultura conservadora respecto de la expresión de la sexualidad, el respeto a la diversidad y una alta incidencia de situaciones de estigma y discriminación asociadas al VIH y al sida. Por ello, desde hace tres años, Colectivo Sol, A. C.¹ desarrolla una estrategia integral encaminada a favorecer la respuesta local frente al VIH y al sida denominada Vida digna.

Auspiciado por la Alianza Internacional contra el VIH/sida y con apoyo financiero de Positive Action, este proyecto trabaja para, desde y con las poblaciones más afectadas por la pandemia con el objetivo de reducir el estigma y la discriminación que enfrentan cotidianamente en estas entidades las personas gay y otros hombres que tienen sexo con hombres (HSH), las personas transgénero (trans), las personas con VIH (PV), las y los trabajadores sexuales (TS) y las y los usuarios de drogas inyectables (UDI), a través del fortalecimiento de organizaciones civiles (OSC) y de base comunitaria (OBC) que atienden o están integradas por grupos o individuos de estas poblaciones clave.

Vida digna opera desde 2005 como una estrategia encaminada a fortalecer y consolidar las capacidades de organizaciones civiles y comunitarias de estos cuatro estados para que, a través de la atención y el empoderamiento de las poblaciones clave, incrementen su influencia en los espacios de toma de decisión política y programática –locales y nacionales– relacionados al VIH, al sida y a la salud sexual y reproductiva; se fomenten cambios en políticas y programas para contribuir a la reducción del estigma y la discriminación

* Artículo elaborado con información proporcionada por Colectivo Sol, A. C., organización participante de la XVII Conferencia Internacional sobre el Sida llevada a cabo del 3 al 8 de agosto en la ciudad de México.

¹ Véase: <www.colectivosol.org>.

relacionados al VIH que afectan a dichas poblaciones clave, y paralelamente se amplíe su acceso y cobertura a servicios integrales de calidad libres de estigma y discriminación.

A principios de 2005, Colectivo Sol, A. C. convocó a un grupo de investigadores comunitarios quienes, utilizando la metodología del Diagnóstico Comunitario Participativo (DCP), consultaron a 733 personas de cinco ciudades de la región (313 HSH, 148 PV, 223 TS, 37 UDI y 12 trans que no ejercen trabajo sexual) y documentaron experiencias y situaciones sobre cómo se expresan el estigma y la discriminación en las ciudades del centro de México. Entre los principales hallazgos del DCP se encuentran los siguientes:

- Violación de la confidencialidad de las de las PV por parte del personal de salud, despido laboral, marcado aislamiento social de las mujeres con VIH.
- Recurrente violencia y explotación de TS por parte de servidoras y servidores públicos así como prueba obligatoria y no gratuita de VIH.
- Uso de drogas inyectadas y prácticas de riesgo asociadas en zonas geográficas no identificadas previamente, así como estigma y discriminación entre y hacia UDI.
- Negación recurrente de derechos básicos a las personas trans: no acceso al empleo pese a que cuenten con preparación académica, negación de prestaciones sociales, violencia por parte de policías, ausencia de servicios de salud para esta población.
- Estigmatización hacia hombres gay y otros HSH en el ámbito familiar, en especial por parte de familiares varones heterosexuales.
- Ocultamiento como hombres gay y como HSH por temor a exclusión, burla, agresión, violencia física, pérdida de empleo y amenaza de muerte.

A partir del análisis de resultados del DCP un grupo de organizaciones que participaron en el diagnóstico, diseñaron y desarrollaron proyectos específicos, encaminado a reducir el estigma y la discriminación vinculados al VIH y al sida en poblaciones altamente vulnerables y marginadas de cuatro estados del centro-norte de México: Aguascalientes, Guanajuato, Querétaro y San Luis Potosí.

Principales logros

A través de los fondos *semilla* proporcionados por el proyecto, y los procesos de capacitación, asistencia técnica y acompañamiento operativo brindados por Colectivo Sol, los líderes de las poblaciones clave y organizaciones de Vida digna han incrementado su conocimiento de casos de discriminación en sus ciudades y regiones, han colocado el tema con los tomadores de decisiones en las instituciones y en los medios de comunicación, al tiempo que han iniciado procesos de documentación y acompañamiento a casos de discriminación y violación de derechos humanos.

Actualmente, 11 integrantes de Vida digna participan como miembros de la sociedad civil o como representantes de las poblaciones clave en los consejos estatales de Prevención y Control del Sida, lo que les ha permitido ser un referente local para el impulso de campañas, acciones y programas encaminados a promover la prevención y reducir el estigma y la discriminación asociados al VIH. Asimismo, han tenido éxito en abrir el diálogo con miembros de parlamentos locales, involucrando en sus acciones a las comisiones estatales de Derechos Humanos.

A través del apoyo técnico continuo de Colectivo Sol y una serie de talleres temáticos de capacitación, las organizaciones socias han tenido un fortalecimiento significativo de sus capacidades programáticas y financieras. El enfoque participativo adoptado por Colectivo Sol ha involucrado a las poblaciones clave en el diseño de proyectos y las ha empoderado para buscar respuesta a sus propias necesidades de desarrollo de capacidades. Más de la mitad de las organizaciones ahora han accedido y están manejando con éxito los fondos de otros donantes, por ejemplo, del gobierno para los proyectos de prevención del VIH.

Los talleres regionales y locales de capacitación han dado a socios de Vida Digna habilidades en temas diversos, desde diagnósticos comunitarios participativos y diseño de proyectos, hasta el mayor involucramiento de las poblaciones clave y la defensa de los derechos humanos. Integrantes de cada organización han aumentado sus niveles de información y de conocimiento en estigma y discriminación, y han accedido a metodologías innovadoras y herramientas prácticas, posicionándose en sus estados como referentes en el tema de VIH y del estigma y la discriminación.

En la mayoría de los estados, las poblaciones clave han tenido éxito en abrir el diálogo con miembros de

parlamentos locales, en involucrar en sus acciones a las comisiones estatales de Derechos Humanos, así como en ocupar espacios de representación en los consejos estatales de Sida, dando a poblaciones clave una voz en estos importantes órganos de decisión.

Se ha dado visibilidad a la problemática de uso de drogas inyectadas y su vinculación con el VIH en zonas centrales de México y se ha conseguido un apoyo creciente de las autoridades para las estrategias de reducción del daño en Irapuato.

Las organizaciones han señalado los numerosos abusos hacia la población de trabajo sexual y en la ciudad de León consiguieron una baja de los costos de consulta médica para las y los trabajadores del sexo, en tanto que

en San Luis Potosí se ha documentado una disminución de la extorsión y agresión física de parte de policías hacia trabajadoras sexuales trans y un aumento de acceso a servicios de educación, salud y recreación.

El estigma y la discriminación ahora son reconocidos como temas clave en trabajo de VIH en las seis ciudades donde Vida digna se ha implementado. Los líderes de las poblaciones clave de este proyecto han incrementado su conocimiento de casos de discriminación en sus ciudades y regiones, y han podido colocar el tema con los tomadores de decisiones, en las instituciones y en los medios de comunicación, además de que han iniciado procesos de documentación y acompañamiento a casos de discriminación y violación de derechos humanos.🌱

Fotografía: Jaime Chalita Miranda.



Numeralia

Sobre VIH/sida*



1 El sida es una epidemia que lleva más de **25 años** desde el primer caso diagnosticado en el mundo.

Aproximadamente **33 millones** de personas viven con VIH en todo el mundo.
Más de la mitad son mujeres.

2

3 En **2007** se infectaron **2.7 millones** de personas a nivel mundial.

Ese mismo año murieron **2 millones** de personas a causa del en todo el orbe.

4

5 Casi **7 mil 500** personas se infectan diariamente en el mundo.

A principios de 2008 sólo **3 millones** de personas que viven con VIH/sida recibían tratamiento antiretroviral.

6

7 **67%** de las personas que viven con VIH/sida radican en el **África** subsahariana.

Aproximadamente **370 mil niños y niñas** se infectaron con el VIH en 2007.

8

9 **270 mil** personas menores de 15 años murieron a consecuencia del sida en 2007, **3 mil 100** en América Latina.

En total, 2 millones de niños y niñas viven con VIH/sida, de los cuales **44 mil** residen en Latinoamérica.

10

* Fuentes: 2008 Report on the global AIDS epidemic, UNAIDS, Ginebra, 2008, en: <www.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_MX.pdf>, página consultada el 15 de agosto de 2008, y José Ángel Córdova Villalobos et al., 25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos, México, INSPI/Censida/Secretaría de Salud, 2008.

Numeralia

Sobre VIH/sida



11

En **Latinoamérica**, aproximadamente **1.7 millones** de personas viven con VIH, de las cuales sólo **390 mil** recibieron **tratamiento** antiretroviral en 2007.

40% de las personas que viven con VIH/sida en **América Latina** residen en **Brasil** (730 mil), seguido de **México**.

12

13

En **México**, **57%** de los diagnósticos positivos de VIH son atribuidos a relaciones sexuales **sin protección** entre **hombres**.

Las **mujeres** con VIH que se **embarazan** tienen del **20 al 45%** de posibilidades de transmitir el virus a su hijo(a) si no reciben tratamiento antiretroviral.

14

15

En 2007 sólo a **7.3%** de las mujeres embarazadas que acudieron a servicios públicos de salud en **México** se les realizó una **prueba de detección** del VIH.

33% de las **mujeres embarazadas** que viven con VIH/SIDA **recibieron tratamiento** antiretroviral para prevenir la transmisión a sus hijos e hijas en 2007 en todo el mundo.

16

17

En **México** aproximadamente **200 mil** personas adultas viven con VIH/sida, de las cuales **57 mil** son **mujeres**.

76 mil personas necesitaban **tratamiento** antiretroviral en México durante 2007, sólo **43 mil** lo recibieron.

18

19

3 mil 100 mujeres embarazadas que viven con VIH en México necesitaban tratamiento antiretroviral para **evitar** la transmisión a sus hijos e hijas en 2007, sólo **146** lo recibieron (5%).

11 mil personas **murieron** en nuestro país como consecuencia del VIH/sida durante 2007.

20



Librero del DFENSOR

Encuentra estos títulos y más en el
**Centro de Consulta
y Documentación de la CDHDF.**

Un espacio para la lectura y la reflexión

biblioteca@ms.cdhdh.org.mx
Doctor Río de la Loza 300, 1er. piso,
Col. Doctores, 06720 México, D. F.
Tel.: 5229 5600, ext.: 1608



Melanie Croce-Galis, *Strategies for change. Breaking barriers to HIV prevention, treatment and care for women*, Nueva York, Open Society Institute, 2008.

En este libro se examina cómo el empoderamiento legal y económico puede ayudar a las mujeres a tener acceso a servicios de salud más amigables con ellas, en respuesta al VIH. Publicado por el Open Society Institute, este reporte destaca los esfuerzos de las y los activistas, de las mujeres abogadas y los profesionales de la salud para atender las necesidades de las mujeres que a menudo son marginadas por la sociedad, incluidas las trabajadoras sexuales, las usuarias de drogas, y las mujeres que viven con VIH.

Los programas descritos en este informe varían mucho en cuanto a su alcance, metas y aplicación, pero todos ellos ponen a las mujeres en el centro ya que fueron diseñados para, y en muchos casos, con las mujeres cuyas necesidades se están abordando.

José Ángel Córdova Villalobos et al., *25 años de sida en México. Logros, desaciertos y retos*, México, SSA/Censida/INSP, 2008.

Poco más de un cuarto de siglo ha pasado desde la conmoción inicial que provocó la llegada del sida, y en el transcurso han operado importantes transformaciones, tanto en la percepción misma de la enfermedad como en los diversos modos en que las sociedades le han hecho frente a la epidemia y, por lo tanto, en el alcance de la misma.

Bajo la conducción de sus editores, José Ángel Córdova Villalobos, Samuel Ponce de León Rosales y José Luis Valdespino, decenas de especialistas hacen en este libro el recuento de estos cambios en México desde sus diversas disciplinas, a manera de un alto en el camino que permita evaluar los alcances obtenidos hasta el momento.





Bill Rau, *Programas sobre VIH/sida en el lugar de trabajo. Una guía para gerentes*, Arlington, Family Health International, 2007.

El VIH no sólo es un asunto de salud pública, sino también laboral, un reto al desarrollo y fuente de inseguridad. Logros difíciles en empleo y protección social están siendo revertidos por la epidemia. En las empresas, los efectos del sida han traído pérdidas en las utilidades, pérdidas de habilidades, menor productividad y la pérdida de mercados por la reducción paulatina de la base del consumidor.

El lugar de trabajo debe situarse en la línea frontal de la lucha contra el VIH y el sida. Esta guía ofrece pasos prácticos para aquellos que deseen iniciar una lucha contra el VIH/sida dentro y a través del lugar de trabajo.

Jonathan Cohen et al., *HIV/sida and human rights: a resource guide*, Nueva York, Open Society Institute/Equitas, 2007.

Esta guía fue concebida como un recurso útil, amigable, para ser usado en el lugar de trabajo. Se divide en dos partes: una introducción en materia de salud y derechos humanos en general y una sección específica que aborda la relación entre el VIH/sida y los derechos humanos.

La guía es una práctica referencia para ser usada en el trabajo diario. Es un punto de partida para elaborar un programa de salud y derechos humanos, provee a la o el lector de ideas, información y diversos recursos para desarrollar programas. Brinda diversas estrategias aplicables para insertar la perspectiva de los derechos humanos –particularmente del derecho a la salud– en el lugar de trabajo. Incluye instrumentos jurídicos, datos duros, estudios de caso y un glosario de términos en materia de cuidado del paciente, reducción del daño, cuidado paliativo y salud sexual.



IHRD, *Harm reduction developments 2008*, Nueva York, International Harm Reduction Development Program of the Open Society Institute, 2008.

El Programa de Descubrimientos sobre Reducción del Daño del Open Society Institute trabaja para reducir el VIH y otros daños relacionados con el uso de drogas inyectables y para que se elaboren políticas que reduzcan la estigmatización de los usuarios de drogas ilegales y se protejan sus derechos humanos.

En este libro se dan a conocer los datos más recientes de cómo el consumo de drogas inyectables se ha incrementado por lo que es urgente elaborar políticas públicas que protejan los derechos humanos de las personas que las usan, a fin de promover el autocuidado y el derecho a la salud.

CICLO PRESENTADO POR
LA COMISIÓN DE DERECHOS HUMANOS DEL DISTRITO FEDERAL Y
EL FESTIVAL INTERNACIONAL DE CINE DOCUMENTAL DE LA CIUDAD DE MÉXICO.



DEL 25 DE SEPTIEMBRE
AL 4 DE OCTUBRE

DERECHOS HUMANOS

ENTRADA LIBRE

CONSULTA CARTELERA EN WWW.DOCSDF.COM

*Muchos queremos ser médicos, maestros; yo quiero ser cantante,
pero lograr esos sueños será posible cuando nos aseguren
medicamentos, cuando nos acepten en los centros educativos y crecer
en un ambiente sin violencia, estigma y discriminación*

Karen Dunaway
Enferma hondureña de VIH/sida

Comisión de Derechos Humanos del Distrito Federal

Oficina sede

- Avenida Chapultepec 49,
Centro Histórico,
Del. Cuauhtémoc,
06040 México, D. F.
Tel.: 5229 5600

Unidades desconcentradas

- **Norte**
Águiles Serdán 22, 2º piso,
Esquina con Fray Juan de Zumárraga,
Col. La Villa (frente a la Basílica),
Del. Gustavo A. Madero,
07050 México, D. F.
Tel.: 5748 2488
- **Sur**
Av. Prol. Div. del Norte 5662,
Local B, Barrio San Marcos,
Del. Xochimilco,
16090 México, D. F.
Tel.: 1509 0267
- **Oriente**
Cuauhtémoc 6, 3º piso,
esquina con Ermita,
Barrio San Pablo,
Del. Iztapalapa,
09000 México, D. F.
Tels.: 5686 1540, 5686 1230 y 5686 2087
- **Poniente**
Avenida Revolución 1165,
entre Barranca del Muerto y Juan Tinoco,
Col. Merced Gómez,
Del. Benito Juárez,
03930 México, D. F.
Tel.: 5651 2587

Centro de Consulta y Documentación

- Doctor Río de la Loza 300,
primer piso, Col. Doctores,
06720 México, D. F.
Tel.: 5229 5600, ext.: 1608