
Amnistía Internacional

“¡No me avergüenzo!”

El VIH/sida y los derechos humanos en la República Dominicana y Guyana

Mayo de 2006

Resumen

Índice AI: AMR 01/002/2006

<http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAMR010022006>

Amnistía Internacional (AI) pide que se aplique al VIH/sida un enfoque basado en los derechos humanos en todas las áreas de la prevención, el tratamiento y el apoyo. En el presente informe sobre los derechos humanos y el VIH/sida en la República Dominicana y Guyana se pone de relieve cómo las violaciones de derechos humanos fomentan la pandemia. Los abusos contra los derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales aumentan el riesgo de infección por VIH, y a las personas afectadas por el VIH/sida se les niegan a menudo sus derechos humanos. Cuando se violan los derechos humanos de las personas debido a su condición serológica, real o aparente, con respecto al VIH, los mecanismos de reparación de tales violaciones a menudo son inaccesibles.

La respuesta de los países al VIH/sida está cada vez más determinada por las iniciativas y las directrices mundiales con respecto a la salud, y son países del norte y organismos internacionales los que la financian. Tanto en la República Dominicana como en Guyana, los gobiernos donantes y sus políticas tienen una considerable influencia en la respuesta al VIH/sida, parte de la cual consiste en el cumplimiento de las obligaciones contraídas con respecto al VIH/sida desde el punto de vista de los derechos humanos.

AI cree que estamos en un momento decisivo de la lucha contra el VIH/sida. Los países están intensificando sus esfuerzos por garantizar el acceso universal a la prevención, el tratamiento y el apoyo con miras a cumplir compromisos internacionales esenciales, como los Objetivos de Desarrollo del Milenio y la Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/sida resultante de vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, celebrado en 2001. AI considera que, aprovechando este momento de mayor ímpetu político, es esencial determinar la importancia del respeto de los derechos humanos en las iniciativas y empresas dirigidas a detener la pandemia de VIH/sida.

El Caribe tiene la mayor tasa de prevalencia del VIH/sida después del África subsahariana. A pesar de los programas nacionales de tratamiento universal del VIH/sida, en la República Dominicana y en Guyana numerosas personas no tienen acceso a medicamentos y servicios de salud para el VIH/sida. En la República Dominicana, el gobierno reconoce que casi el 70 por ciento de las personas que necesitan tratamiento antirretroviral no lo reciben, a pesar de la subvención concedida al país por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. AI encontró numerosos casos de personas que no sabían que existía tratamiento o que no podían acceder a él por no haber servicios básicos de salud en muchas zonas.

En Guyana, el estigma y la discriminación asociados al VIH/sida, en especial contra los varones que tienen relaciones sexuales con varones, constituyen una gran barrera para la prevención, el tratamiento y la asistencia, que se ve exacerbada además por la falta de intimidad y confidencialidad. En muchos casos, las personas que viven con el VIH/sida temen el ostracismo, que puede hacer que se vean forzadas a abandonar su comunidad. Muchas tratan de ocultar su condición buscando tratamiento en un hospital muy alejado del lugar donde viven, lo que aumenta su coste y dificulta su continuidad.

AI vio que eran principalmente las personas pobres y marginadas, en especial los migrantes haitianos y los ciudadanos dominicanos de origen haitiano, en la República Dominicana, y la población indígena amerindia, en Guyana, las que carecían de acceso a medicamentos esenciales para el VIH/sida, como los fármacos antirretrovirales, y a veces a los servicios básicos de salud necesarios para tratar las enfermedades oportunistas.

En ambos países, las mujeres, los jóvenes y comunidades enteras carecen de acceso a métodos adecuados de prevención del VIH/sida, incluidas formación completa, educación sexual y herramientas de prevención que les ayuden a protegerse de la infección. Los preservativos son una herramienta esencial para prevenir nuevas infecciones por HIV; sin embargo, en Guyana y en la República Dominicana no son fáciles de obtener, ya que tanto los grupos religiosos como los donantes estadounidenses promueven una estrategia basada en la abstinencia y la fidelidad. AI cree que la insistencia en la abstinencia y la fidelidad no elimina la necesidad de contar con salvaguardias efectivas que protejan contra la infección por VIH, y teme que en ambos países se estén perdiendo innecesariamente muchas vidas por no poder la población disponer fácilmente de formas sencillas de protección ni de información sobre salud sexual. AI considera en especial motivo de preocupación los efectos de este enfoque en la juventud.

Las mujeres suelen ser especialmente vulnerables a los abusos contra los derechos humanos relacionados con el VIH/sida, incluida la violencia sexual. En la República Dominicana y en Guyana, Amnistía Internacional conoció a varias mujeres que se habían infectado a través de su pareja o su esposo, al que eran fieles.

La realización de pruebas del VIH en el marco de programas de prevención de la transmisión materno infantil a menudo hace que el número de mujeres que se hacen la prueba, se enteran de su condición y tienen que comunicársela a su pareja o esposo sea desproporcionadamente grande en relación con los hombres. A menudo las mujeres tienen sentimientos de culpa o sufren violencia cuando revelan su condición a su pareja o esposo. En Guyana, personal médico entrevistado informó de varios casos de mujeres que no habían comunicado su condición serológica a su pareja o esposo por temor a la violencia de que podían ser objeto.

La participación de la sociedad civil, incluidas las personas que viven con el VIH/sida, en los procesos nacionales de toma de decisiones sobre la pandemia de VIH/sida es limitada, lo cual afecta a la eficacia de las iniciativas de prevención, tratamiento y apoyo, ya que no incorporan ni abordan las necesidades específicas de los grupos afectados.

El derecho a la intimidad y la confidencialidad no está debidamente protegido en la República Dominicana ni en Guyana, cuando es esencial para garantizar que un mayor número de personas vayan a hacerse las pruebas del VIH y reciban tratamiento y atención si lo necesitan. En el informe de AI se examinan diversos casos en los que no se protegió debidamente la confidencialidad de la condición serológica de la persona y se describen las distintas consecuencias que tuvo, como el despido del trabajo debido a tal condición.

Aunque AI reconoce los avances realizados por los gobiernos de ambos países en sus esfuerzos por hacer frente al VIH/sida, considera que persisten motivos de gran preocupación con respecto a los derechos humanos y el VIH/sida. La organización formula a los dos gobiernos una serie de recomendaciones que espera que contribuyan al éxito de la respuesta al VIH/sida.

En la República Dominicana, AI insta al Consejo Presidencial del SIDA (COPRESIDA) a que tome de inmediato medidas para garantizar que todas la población del país, incluidos los migrantes haitianos y los dominicanos de origen haitiano, tienen acceso a medicamentos antirretrovirales y a tratamiento de las

enfermedades oportunistas y a que promueva la elaboración de una estrategia a largo plazo para garantizar la sostenibilidad del programa de tratamiento del VIH/sida en el país.

AI pide al gobierno de Guyana que garantice el acceso al tratamiento para el VIH/sida a toda la población, en particular a los habitantes del interior, a la población amerindia indígena, a las mujeres y a los menores.

Asimismo, AI insta a todos los gobiernos, incluidos los donantes, a:

- Garantizar que los esfuerzos por responder al VIH/sida respetan, protegen y hacen efectivos los derechos humanos, en particular el derecho a la salud y los derechos de las mujeres, así como las disposiciones de la Carta de la ONU y de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud.
- Garantizar que todas las donaciones de fondos para apoyar la respuesta al VIH/sida son compatibles con las obligaciones contraídas por los gobiernos donante y receptor en materia de derechos humanos.
- Reafirmar el compromiso con las Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos y garantizar que la concepción y aplicación de respuestas al VIH/sida se hacen de acuerdo con la orientación contenida en ellas.

Este texto resume el documento titulado “*¡No me avergüenzo!*”: *El VIH/sida y los derechos humanos en la República Dominicana y Guyana* (Índice AI: AMR 01/002/2006), publicado por Amnistía Internacional el 31 de mayo de 2006. Si desean más información o emprender acciones al respecto, consulten el documento completo. En el sitio web <http://www.amnesty.org> encontrarán una amplia selección de materiales de AI sobre éste y otros asuntos. Los comunicados de prensa de la organización pueden recibirse por correo electrónico solicitándolo en la dirección:

http://www.amnesty.org/email/email_updates.html

SECRETARIADO INTERNACIONAL, 1 EASTON STREET, LONDON WC1X 0DW, REINO UNIDO
TRADUCCIÓN DE EDITORIAL AMNISTÍA INTERNACIONAL (EDAI), ESPAÑA

Amnistía Internacional

“¡No me avergüenzo!”

El VIH/sida y los derechos humanos en la República Dominicana y Guyana



31 de mayo de 2006

Índice AI: AMR 01/002/2006

<http://web.amnesty.org/library/Index/ESLAMR010022006>

SECRETARIADO INTERNACIONAL, 1 EASTON STREET, LONDON WC1X 0DW, REINO UNIDO

TRADUCCIÓN DE EDITORIAL AMNISTÍA INTERNACIONAL (EDAI), ESPAÑA

¡No me avergüenzo!

El VIH/sida y los derechos humanos en la República Dominicana y Guyana

Introducción.....	1
Información general.....	3
El VIH/sida en el Caribe.....	3
Metodología.....	3
Estigma y discriminación	4
Pobreza	5
Los derechos humanos y el VIH/sida.....	6
Derecho a la salud: el marco internacional.....	6
Derechos sexuales y reproductivos.....	10
Derecho a buscar, recibir e impartir información.....	11
Discriminación	11
Derecho a la intimidad: las pruebas de detección del VIH.....	12
Participación: el papel de la sociedad civil.....	14
Los derechos humanos y el VIH/sida en la República Dominicana.....	16
Información general.....	16
Principales desafíos relacionados con el VIH/sida.....	20
Derecho a la salud	20
Acceso a medicamentos básicos	21
Acceso a la asistencia médica	22
Derecho a la intimidad.....	22
Discriminación en el trabajo.....	24
Acceso a información y prevención	24
Jóvenes.....	24
Las mujeres en los bateyes.....	25
Conclusiones.....	26
Recomendaciones sobre la República Dominicana.....	28
El VIH/sida y los derechos humanos en Guyana	31
Información general.....	31
Desafíos relacionados con el VIH/sida en Guyana.....	35
Estigma e ideas falsas.....	35
Población amerindia.....	36
Mujeres.....	38
Varones que practican el sexo con varones	39
Discriminación en el trabajo.....	40
Derecho a la salud	40
Derecho a la intimidad.....	41
Derecho a la información: prevención del VIH/sida	42
Conclusiones.....	43
Recomendaciones sobre Guyana	45

¿Qué es el VIH/sida?

El **VIH** (virus de inmunodeficiencia humana) se identificó en 1984 como causa del sida. Se desarrolla de forma selectiva en determinados glóbulos blancos de la sangre, conocidos como linfocitos T CD4+, que son esenciales para la defensa inmunológica del organismo. Termina por dañar o matar estas células, liberando más virus que continúan la propagación de la infección por el organismo.

El **SIDA** (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) lo causa el VIH. Al matar o dañar las células CD4, el VIH destruye de forma progresiva la capacidad del organismo para luchar contra las infecciones y ciertos cánceres. Las personas que viven con el VIH/sida son proclives a contraer infecciones de virus, bacterias o levaduras que no suelen afectar al resto de la gente: son las denominadas infecciones oportunistas. A medida que disminuyen los linfocitos T CD4+, aumenta el riesgo de contraer estas enfermedades oportunistas, así como su gravedad. Una persona padece sida cuando tiene una o más de las más de 20 infecciones oportunistas más comunes que definen el sida, llamadas también enfermedades características del sida, o si el valor de su recuento de células CD4 es menor de 200.

El VIH se encuentra en todos los fluidos del organismo, aunque se transmite principalmente por contacto con la sangre, el semen o la leche materna. Esto sucede sobre todo:

- manteniendo relaciones sexuales con una persona infectada sin utilizar medios de protección. El virus puede entrar en el organismo a través de la vagina (por llagas o rasgaduras o, en algunos casos, por absorción directa a través de la membrana mucosa), la vulva, el pene, el recto o la boca durante una relación sexual;
- por contacto con sangre contaminada con el virus a través de una transfusión sanguínea o el uso compartido de agujas o jeringuillas para la inyección de drogas;
- a los bebés durante el embarazo, el parto o la lactancia materna (transmisión madre-hijo).

El VIH no se contagia por contactos accidentales como el uso compartido de utensilios, toallas o ropa de cama, los besos o el contacto con orina, lágrimas o sudor. El virus no se transmite por picaduras de insectos como los mosquitos.

En la actualidad no existe ninguna vacuna contra el VIH ni ningún medicamento que elimine el virus del organismo. La gama de medicamentos antirretrovirales disponibles actualmente inhiben el virus e impiden la manifestación o el agravamiento del sida.

Se puede reducir el riesgo de infección por VIH:

- no manteniendo relaciones sexuales con personas infectadas
- utilizando un preservativo masculino o femenino durante las relaciones sexuales
- limitando el número de parejas sexuales
- no compartiendo agujas para inyectarse drogas
- dando a luz mediante cesárea si la madre es seropositiva (junto con el uso de medicación antirretroviral)
- utilizando medicación preventiva (profilaxis) en el caso de profesionales de la medicina que se hayan herido con una aguja o de un riesgo inesperado como el derivado de un acto de violencia sexual.

Además, la elaboración de un microbicida en el próximo futuro permitirá a las mujeres aplicarse un gel inhibidor del VIH antes del coito.

El VIH es un microorganismo. El sida es una enfermedad. Una persona puede vivir con el VIH sin manifestar ningún síntoma y gozando de una excelente salud.

Introducción

Vivía con una mujer que era seropositiva. Me enteré cuando murió [...] Fui a hacerme un análisis porque no me había dicho nada [...] Al principio me puse un poco nervioso [...] pero decidí tomar el tratamiento porque no es el fin del mundo [...] He aprendido a vivir con ello, a sobrellevarlo [...] ¡No me avergüenzo!

Hombre de 26 años que vive con el VIH/sida, Guyana, enero de 2006.

El VIH/sida es el mayor problema de salud pública de nuestra época. En la actualidad, más de 40 millones de personas están infectadas con el VIH, el virus que causa el sida. En los últimos cinco años, 3 millones de personas han muerto cada año por enfermedades relacionadas con el sida.¹

[...] la epidemia mundial de VIH/SIDA, por sus dimensiones y consecuencias devastadoras, constituye una emergencia mundial y uno de los desafíos más graves para la vida y la dignidad del ser humano, así como para el disfrute efectivo de los derechos humanos.

Vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General, Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA.²

El VIH/sida incumbe a cualquier persona de cualquier región, y las medidas contra la pandemia son de ámbito mundial. Las directrices y las iniciativas mundiales en materia de salud determinan cada vez más las medidas nacionales, y éstas las financian países desarrollados del norte y organismos internacionales. El VIH/sida es sobre todo una enfermedad condicionada por la pobreza, pues su propagación va intrínsecamente unida a las grandes desigualdades de riqueza y género y afecta de forma desproporcionada a las personas más marginadas y desfavorecidas. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) estima que el 90 por ciento de las personas con VIH/sida vive en países del sur.³ Una vez infectadas, las personas que viven con el VIH/sida sufren una mayor marginación y discriminación debido al gran estigma asociado a la enfermedad.

[Antes de que supiera que era seropositiva] pensaba: ¡ay, son muertos vivientes!

Mujer que vive con el VIH/sida, Guyana, enero de 2006.

El VIH/sida está afectando gravemente a la región del Caribe y a su población. Sólo el África subsahariana tiene un porcentaje más elevado de población con VIH/sida. Según ONUSIDA, el sida es en la actualidad la principal causa de muerte entre los hombres y las mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 44 años en el Caribe.⁴ Las relaciones heterosexuales son el principal medio de transmisión. Se calcula que el porcentaje de personas infectadas asciende en la actualidad al 2,3 por ciento. Sin embargo, a pesar de los éxitos obtenidos en algunos países, la epidemia está aumentando en muchas naciones del Caribe.⁵ Se calcula que el número total de personas que viven con el virus en la región asciende a 300.000; en 2005 se contagiaron 30.000 personas.⁶

El presente informe se basa en las conclusiones de las investigaciones realizadas por Amnistía Internacional (AI) sobre la relación entre las violaciones de derechos humanos y el VIH/sida en dos países

¹ ONUSIDA, *Situación de la epidemia de SIDA*, diciembre de 2005.

² Vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, doc. A/s-26/L.2, aprobado el miércoles 27 de junio de 2001, Nueva York, disponible en <http://www.un.org/spanish/ag/sida/index.html>.

³ Vigésimo sexto período extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, Declaración de compromiso, párr. 3, 2001.

⁴ ONUSIDA, región caribeña, http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/default.asp

⁵ En Bahamas, Barbados, Haití y la República Dominicana parece haberse reducido el ritmo de propagación en los últimos años. ONUSIDA, *Situación de la epidemia de SIDA*, 2005.

⁶ ONUSIDA, *Situación de la epidemia de SIDA*, 2005, Estadísticas y características (Caribe).

del Caribe: la República Dominicana y Guyana. Muestra cómo los abusos contra los derechos civiles, culturales, económicos, políticos y sociales aumentan el riesgo de infección por VIH. Muestra también cómo se niegan los derechos humanos a las personas afectadas por el VIH/sida.

Estas conclusiones ponen de relieve la estrecha interrelación entre los derechos humanos y el VIH/sida, tema que queda reflejado en las recomendaciones de AI, que se centran en la necesidad de enfoques del VIH/sida globales y basados en los derechos en todos los campos de la prevención, el tratamiento, la asistencia y el apoyo.

AI considera que éste es un momento crucial en la lucha contra el VIH/sida. Los países están redoblando sus esfuerzos encaminados a conseguir un acceso universal a la prevención, el tratamiento, la asistencia y el apoyo en un intento de cumplir los compromisos internacionales fundamentales en estos campos.⁷ En este momento en que se registra un mayor impulso político, AI considera que es crucial subrayar la importancia del respeto de los derechos humanos en estas iniciativas y esfuerzos.

Marie (nombre imaginario), de 17 años, se enteró de que era seropositiva cuando fue a un hospital a hacerse una de las revisiones rutinarias para mujeres embarazadas. Le ofrecieron hacerse un análisis de VIH, y cuando volvió para recoger los resultados, le dijeron que viniera con su prima porque era menor de edad. A Marie le dijeron entonces que era seropositiva.

“Lloré, lloramos ese día en que [mi prima] se quedó en casa sin ir a trabajar. No fue a trabajar”, afirma Marie. Ese mismo día llamó a su novio. “Se lo conté y me dijo que me telefonaría a la mañana siguiente –añade–. Pero desde entonces no he vuelto a saber nada de él. No he vuelto a tener noticias tuyas desde que se lo conté.” Los padres de Marie están separados y ella vivía en casa de su madre, pero tuvo que marcharse cuando se quedó embarazada. Ahora vive con una prima y ha tenido que dejar de ir a la escuela. A veces va a visitar a su padre. Pero apenas ve a su madre: “No lo lleva bien”, señala Marie.

Marie había oído hablar antes del VIH/sida, pero explica: “Nunca me tomo muy en serio esas cosas”. Quiere volver a la escuela y estudiar para abogada.

⁷ Entre estos compromisos figuran la Declaración de compromiso de la ONU (2001), los Objetivos de Desarrollo del Milenio y los compromisos reafirmados en la Cumbre del Milenio de la ONU (2005).

Información general

El VIH/sida en el Caribe

Los países caribeños difieren mucho por su cultura, por sus sistemas políticos y jurídicos y por el desarrollo epidemiológico del VIH/sida. Sin embargo, guardan algunas semejanzas por la situación de los derechos humanos en los distintos países y el modo de desarrollo de la epidemia de VIH/sida.

El Caribe se enfrenta a varios desafíos en materia de derechos humanos, que se relacionan con la epidemia de VIH/sida en la región. Muchos países tienen niveles elevados de delincuencia armada y de violencia de género, incluida violencia sexual.⁸ Las organizaciones nacionales e internacionales de derechos humanos han informado también ampliamente de casos de homofobia, incluidos crímenes contra hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres. El sistema judicial ha reaccionado con lentitud a las violaciones de derechos humanos. Esta circunstancia ha generado un ambiente de impunidad y una tendencia, en algunas zonas, a que la gente se tome la justicia por su mano.

La mayoría de los países del Caribe son estados isleños, con escasa población. Este hecho tiene consecuencias desde el punto de vista de la dinámica especial de la pandemia de VIH/sida. Es probable que la migración aumente al hilo de la puesta en marcha de un mercado común caribeño en 2006 y de una mayor integración económica de la región. El aumento de la movilidad y los vínculos entre las islas aumentan el riesgo de una pandemia regional. Además, el turismo es una importante fuente de ingresos en toda la región y la industria del sexo, en algunos casos vinculada a la del turismo, ha figurado entre los factores que han favorecido la propagación de la epidemia en el Caribe.⁹

Metodología

Una delegación de AI visitó Guyana y la República Dominicana a finales de 2005 y a principios de 2006, pasando cerca de un mes en cada uno de los dos países. El propósito de la visita fue investigar los vínculos entre el VIH/sida y los derechos humanos.

AI recogió los testimonios de más de 50 personas que vivían con el VIH/sida en comunidades rurales y urbanas de ambos países. En Guyana visitó Georgetown, Best y Mahdia, capital de la región Ocho, y las comunidades de Campbelltown, Princeville y Micobie. En ambos países, las visitas se realizaron en colaboración con organizaciones locales que trabajan en las comunidades. En la República Dominicana, AI visitó tres bateyes (comunidades formadas para las personas que trabajan en las plantaciones de caña de azúcar) y dos comunidades rurales, una cerca de Sabana Grande de Boyá y otra cerca de Santiago Rodríguez. Además de la recogida de testimonios, AI realizó seis entrevistas a grupos específicos integrados por más de 200 personas de las distintas comunidades. AI entrevistó a más de 50 personas en las ciudades de Santo Domingo, Boca Chica, Puerto Plata y La Romana.

En ambos países, AI entrevistó también a varios responsables de elaboración de políticas, personas que participaban en la organización de programas sobre el VIH/sida, donantes y activistas. Entrevistó a organizaciones radicadas en el Reino Unido que trabajan sobre este asunto en la República Dominicana y

⁸ Secretaría de Estado del Reino Unido para el Desarrollo Internacional, plan de asistencia para la región del Caribe, 2004. Disponible en <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/rapcaribbean.pdf>.

⁹ Se calculaba que en Guyana la tasa de contagio entre los profesionales del sexo se aproximaba al 50 por ciento. OMS, Epidemiological Fact Sheet Guyana 2004 Update, Ginebra, 2004. Disponible en http://www.who.int/3by5/support/EFSS2004_guy.pdf.

Guyana. Se efectuaron entrevistas telefónicas a representantes de organizaciones que trabajan sobre el Caribe.

Un comité asesor externo revisó la metodología y el informe de AI, y las conclusiones iniciales se analizaron en una reunión consultiva con todas las personas entrevistadas en cada país a principios de 2006.

Estigma y discriminación

Nadie sabe que soy seropositiva. Ni siquiera se lo he dicho a mi mejor amiga.

Mujer de treinta y tantos años de las afueras de Georgetown, Guyana, enero de 2006.

Las personas que viven con el VIH/sida no tienen que enfrentarse sólo a la enfermedad, sino también a la reacción que ellas y la enfermedad suscitan en la sociedad. Demasiado a menudo esta reacción se caracteriza por el miedo, el estigma y la discriminación.

La estigmatización tiene lugar debido a la información errónea sobre la transmisión, el miedo a contraer la infección y el carácter incurable de la enfermedad, y su naturaleza y su grado vienen determinados por una variedad de factores sociales, culturales, políticos y económicos, incluidos la fase de la enfermedad y el sexo de la persona infectada.

Relatora especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y sus consecuencias.¹⁰

Las consecuencias del estigma y la discriminación para las personas afectadas de VIH/sida pueden ser de muy largo alcance.

Los incidentes relacionados con el estigma y la discriminación, no solo afectan a la persona infectada y ocasionan graves problemas dondequiera que ocurren, sino que cuando tienen lugar en los establecimientos de salud pueden tener consecuencias muy graves. El temor a ser considerado vulnerable a la infección o VIH positivo impide que muchas personas soliciten pruebas voluntarias; por consiguiente, es menos probable que esas personas tomen medidas para protegerse y proteger a otros. Además, el comportamiento inapropiado hacia los que están enfermos puede conducir a la depresión, aislamiento social y empeoramiento de la enfermedad, lo cual impone una carga más pesada aun en las personas que proporcionan cuidados. Asimismo, las convenciones internacionales están de acuerdo que la discriminación contra las personas con VIH/SIDA es, con frecuencia, una violación de sus derechos humanos.¹¹

AI entrevistó a un amplio abanico de personas, desde responsables de la elaboración de políticas hasta activistas y miembros de comunidades rurales. Todos sin excepción subrayaron el estigma y la discriminación como obstáculos para un tratamiento eficaz del problema del VIH/sida. El estigma afecta a las personas de muchas maneras diferentes: puede hacerlas desistir de buscar información sobre prevención o de hacerse análisis, asesorarse o probar un tratamiento. El estigma y la discriminación influyen también en el comportamiento sexual: a menudo, por ejemplo, disminuye la disposición de las personas a conseguir y utilizar preservativos por temor a que se considere que tienen un comportamiento sexual peligroso, como trabajo en la industria del sexo o relaciones sexuales entre varones.

¹⁰ Relatora especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y sus consecuencias, Dra. Yakin Ertürk, informe a la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, párr. 55, doc. ONU E/CN.4/2005/72.

¹¹ Organización Panamericana de la Salud (OPS), *Comprensión y respuesta al estigma y a la discriminación por el VIH/SIDA en el sector salud*, 2003. Disponible en http://www.paho.org/spanish/AD/FCH/AI/Stigma_report_spanish.pdf.

La discriminación y el estigma social basados en la orientación sexual y en la identidad de género son algo habitual en muchas zonas del Caribe, lo que acarrea en muchos casos agresiones –en ocasiones mortales– contra personas consideradas lesbianas, gays, bisexuales o personas transgénero.¹² Aunque la gran mayoría –un 75 por ciento– de los contagios del VIH se producen a través de relaciones heterosexuales,¹³ ONUSIDA considera que las relaciones sexuales entre varones originan el 12 por ciento de todos los contagios en la región.¹⁴ En algunos países de la región, como Barbados, Cuba, Guyana, Jamaica y Santa Lucía, son ilegales las relaciones sexuales con consentimiento mutuo entre varones adultos. Los tabúes sexuales y la criminalización de la homosexualidad masculina tienden a propagar la epidemia entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres de forma clandestina y dificultan su acceso a los programas de prevención y tratamiento del VIH/sida.

Pobreza

[L]a mala salud es al mismo tiempo causa y efecto de la pobreza: los enfermos tienen más probabilidades de hacerse pobres y los pobres son más vulnerables a la enfermedad y la discapacidad.

Relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud.¹⁵

Aunque algunos países del Caribe son bastantes ricos y están en condiciones de ofrecer servicios de salud de calidad, las desigualdades económicas comportan que los grupos marginales se encuentren con obstáculos considerables a la hora de acceder a ellos, incluso donde su oferta es amplia. Esto es evidente en los servicios de salud de todo el Caribe. La pobreza es un problema considerable tanto en la República Dominicana como en Guyana, donde el 20 y el 36 por ciento de la población, respectivamente, viven por debajo del umbral nacional de pobreza.¹⁶ En teoría, el tratamiento del VIH/sida es gratuito en ambos países (el usuario no tiene que abonar nada directamente). Sin embargo, en repetidas ocasiones AI ha tenido noticia de personas que no pudieron acceder a tratamiento ni a asistencia porque no estaban en condiciones de sufragar los gastos de desplazamiento hasta una clínica o un hospital ni adquirir el alimento adecuado con el que tomar las medicinas.

La pobreza y la falta de oportunidades económicas afectan también al comportamiento de los hombres y las mujeres jóvenes, lo que aumenta el riesgo de que contraigan el VIH. Aunque en los últimos años ha aumentado el número de mujeres que acceden al mercado laboral, muchas mujeres trabajan en puestos de carácter informal –por ejemplo como empleadas domésticas–, en los que los salarios son muy bajos o pueden consistir en gran medida en pagos en especie, lo que dificulta que puedan mantenerse a sí

¹² Human Rights Watch, *Hated to Death: Homophobia, Violence and Jamaica's HIV/AIDS Epidemic*, Nueva York, 2004. Disponible en <http://hrw.org/reports/2004/jamaica1104/>.

¹³ Coalición Global sobre Mujeres y Sida, *The Female AIDS Epidemic, Statistics 2005*. Disponible en <http://www.unaids.org/en/GetStarted/Women.asp>.

¹⁴ Sitio web de ONUSIDA, Caribe. Disponible en http://www.unaids.org/en/Regions_Countries/Regions/Caribbean.asp.

¹⁵ Informe del relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho a la salud, Paul Hunt, presentado de conformidad con la resolución 2003/31 de la Comisión de la ONU sobre el PIDESC, doc. ONU E/CN.4/2003/58, párr. 45.

¹⁶ Secretaría de Estado del Reino Unido para el Desarrollo Internacional, plan de asistencia para la región del Caribe, 2004. Disponible en <http://www.dfid.gov.uk/pubs/files/rapcaribbean.pdf>.

mismas.¹⁷ En todo el Caribe, el sexo transaccional por razones económicas entre chicas jóvenes y hombres mucho mayores es un factor que contribuye a la propagación del VIH/sida.¹⁸

Los derechos humanos y el VIH/sida

Hay varios convenios y normas internacionales sobre derechos humanos relacionados con el VIH/sida. Tratan de la prevención, el tratamiento, la asistencia y el apoyo y garantizan y protegen los derechos de todas las personas que viven con el VIH/sida.

ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (OACNUDH) han elaborado directrices específicas sobre el VIH/sida y los derechos humanos, y existen varios documentos sobre buena práctica, elaborados por diversos organismos de la ONU, en los que se ponen de relieve los vínculos entre el VIH/sida y los derechos humanos y se subraya que las violaciones de derechos humanos fomentan la propagación de la epidemia.

Derecho a la salud: el marco internacional

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.

*El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social.*¹⁹

Constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS)

El derecho a la salud se reconoce como un derecho humano universal desde la aprobación de la Constitución de la OMS en 1946. Los miembros de la OMS, entre los que figuran la República Dominicana, Guayana y Estados Unidos, tienen la obligación de respetar las disposiciones establecidas en dicho instrumento internacional. La Declaración Universal de Derechos Humanos, aprobada en 1948,²⁰ se hizo eco del derecho a la salud, y la elaboración de este derecho se amplió en el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC), en cuyo artículo 12 se afirma:

1. Los Estados Partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

2. Entre las medidas que deberán adoptar los Estados Partes en el Pacto a fin de asegurar la plena efectividad de este derecho, figurarán las necesarias para:

(c) La prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas;

¹⁷ Human Rights Watch, *Women's Rights in Latin America and the Caribbean*, 2006. Disponible en <http://www.hrw.org/women/overview-lac.html>.

¹⁸ ONUSIDA, *Situación de la epidemia de SIDA*, 2005, Estadísticas y características (Caribe).

¹⁹ Constitución de la OMS, preámbulo, Ginebra 1948. Disponible en http://policy.who.int/cgi-bin/om_jsapi.dll?hitsperheading=on&infobase=basic-sp&record={7C7}&softpage=Document42.

²⁰ Declaración Universal de Derechos Humanos, artículo 25.1: "Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios".

(d) La creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.²¹

El Comité de la ONU de Derechos Económicos, Sociales y Culturales vigila el cumplimiento del PIDESC por parte de los Estados. El Comité ha afirmado que garantizar el suministro de asistencia médica y el acceso equitativo de todas las personas a los factores determinantes de la salud, como alimentos sanos, agua limpia potable, condiciones sanitarias básicas y una vivienda y unas condiciones de vida adecuadas, forman parte de la obligación de los Estados Partes de hacer realidad los derechos consagrados en el PIDESC.²²

El Comité ha establecido que, con el fin de cumplir sus obligaciones respecto al *derecho* a “la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole, y la lucha contra ellas”²³, los Estados deben establecer “programas de prevención y educación para hacer frente a las preocupaciones de salud que guardan relación con el comportamiento, como las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH/SIDA, y las que afectan de forma adversa a la salud sexual y genésica”. Deben promover también “los factores sociales determinantes de la buena salud, como la seguridad ambiental, la educación, el desarrollo económico y la igualdad de género.”²⁴

Desde entonces, el derecho a la salud se ha recogido en varios tratados y normas internacionales, incluidas la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño,²⁵ la Convención de la ONU sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer²⁶ y la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial,²⁷ y en normas regionales, como el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador).²⁸

Tanto Guyana como la República Dominicana son Estados Partes en estos tratados y, por consiguiente, tienen la obligación legal de cumplir sus disposiciones. Ambos han firmado también declaraciones políticas de conferencias internacionales como:

- el Programa de Acción de El Cairo,²⁹ aprobado en 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD);
- la Declaración y la Plataforma de Acción de Beijing, aprobadas en 1995 en la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer,³⁰
- la Declaración de compromiso, firmada en 2001 en el periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida.³¹

²¹ Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, artículo 12. Disponible en http://www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b/a_ceschr_sp.htm.

²² Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párr. 11.

²³ PIDESC, artículo 12.2.c.

²⁴ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párr. 16.

²⁵ Convención sobre los Derechos del Niño, artículo 24.

²⁶ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 11.1.f.

²⁷ Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 5.e.iv.

²⁸ Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos (Protocolo de San Salvador), artículo 10.

²⁹ Véase http://www.unfpa.org/spanish/icpd/icpd_poa.htm#ch7.

³⁰ Véase <http://www.un.org/esa/gopher-data/conf/fwew/off/platesp/9520p1.sp>.

³¹ Véase <http://www.un.org/spanish/ag/sida/index.html>.

Asistencia médica disponible, accesible, aceptable y de calidad³²

Los Estados deben adoptar todas las medidas que permitan los recursos de que dispongan (incluidos los provenientes de la cooperación internacional) para lograr de forma progresiva el disfrute pleno del derecho a la salud.

Para que todas las personas enfermas reciban tratamiento y asistencia, debe haber asistencia médica **disponible** para toda la población del país. Esto requiere que la asistencia médica no esté disponible sólo en determinadas zonas, como las grandes ciudades, sino que haya servicios de salud suficientes para toda la población.

Los servicios de salud tienen que ser **accesibles** también para todas las personas. Los servicios de salud deben estar disponibles físicamente para los pacientes sin necesidad de que realicen largos y difíciles desplazamientos que podrían agravar su estado de salud o impedirles acceder a tratamiento y asistencia. El acceso a la salud no puede verse limitado por motivos discriminatorios o económicos. Todas las personas deben estar en condiciones de acceder a la asistencia médica y de recibirla con independencia de su género, etnia, identidad sexual, grado de pobreza u otra condición. Donde todos los pacientes tienen que pagar para ser atendidos por personal médico o de enfermería, por ejemplo, este derecho podría estar limitado.

La asistencia médica debe ser **aceptable** también para todos los pacientes. Esto incluye garantizar que los servicios tengan en cuenta las cuestiones culturales y de género y que se ajusten a las necesidades de las comunidades a las que van dirigidos. La confidencialidad de los pacientes debe estar garantizada también en todo momento.

La asistencia debe ser también de una **calidad** suficiente y ajustarse al contexto local. Esto comporta, por ejemplo, que los servicios deben estar administrados por personal adecuadamente cualificado, cumplir las normas nacionales e internacionales e incorporar salvaguardias que garanticen a los pacientes el mejor tratamiento y asistencia posibles.

Los medicamentos antirretrovirales han transformado las vidas de las personas que pueden costárselos o conseguirlos a través del sistema de salud. Sin embargo, el 90 por ciento de todas las personas que viven con el VIH/sida viven en países donde, hasta hace muy poco, estos medicamentos no eran fácilmente accesibles a través del sistema público de salud y donde la gran mayoría de las personas que los necesitan no pueden costárselos. En la región del Caribe, la OMS y ONUSIDA han calculado que el 68 por ciento de las personas que necesitan estos medicamentos imprescindibles los reciben,³³ pero este porcentaje aparentemente elevado enmascara enormes diferencias regionales.

En la República Dominicana, por ejemplo, se calcula que sólo el 33 por ciento de las personas que necesitan tratamiento lo reciben.³⁴

El gobierno de Guyana prevé aumentar el porcentaje de personas que reciben tratamiento a alrededor de un 50 por ciento de las que necesitan tratamiento antirretroviral.³⁵

³² En la Observación General 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se dice que el derecho a la salud establecido en el artículo 12 del PIDESC incluye el derecho a una asistencia médica que esté disponible y que sea accesible, aceptable y de una calidad suficiente.

³³ OMS y ONUSIDA, marzo de 2006. Disponible en http://data.unaids.org/pub/PressRelease/2006/20060328-PR-3by5_en.pdf

³⁴ Correspondencia de AI con la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA), marzo de 2006 (DIGECITSS).

A menudo no sólo faltan o son inaccesibles las medicinas. En los países más pobres del Caribe, con sistemas de salud inadecuados, hay una falta de laboratorios para llevar a cabo las pruebas necesarias para determinar si un paciente requiere medicación para el VIH/sida y seguir su evolución después de que ha empezado a tomar los medicamentos. Hay también escasez de médicos y profesionales de enfermería para administrar los medicamentos y ver a los pacientes de forma periódica.

El tratamiento de las personas que viven con el VIH/sida y están tomando antirretrovirales es complejo, y los pacientes necesitan tomar los medicamentos con regularidad y durante periodos muy largos. El seguimiento estricto del tratamiento es vital para garantizar el efecto de las medicinas.³⁶ Los programas de tratamiento que tienen éxito, como los aplicados por Médicos sin Fronteras en el municipio de Khayelitsha en África del Sur,³⁷ han demostrado la importancia de los sistemas de apoyo formales e informales para ayudar a las personas a que continúen tomando sus medicinas diariamente. Esto es incluso más importante en situaciones en las que el grado de discriminación es elevado, como ocurre en Guyana y la República Dominicana.

Según la Observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los gobiernos deben crear las condiciones necesarias para que las personas puedan protegerse del VIH/sida (véase cita más atrás). Entre estas condiciones figuraría, por ejemplo, la disponibilidad de medios preventivos, como condones masculinos y femeninos. Deben incluir también programas para impedir la transmisión madre-hijo y programas globales de información y educación, así como acceso a servicios de salud sexual y reproductiva.

La Comisión de Derechos Humanos de la ONU ha hecho hincapié en que “la violencia contra las mujeres y las niñas [...] aumenta su vulnerabilidad al VIH/SIDA, en que la infección por el VIH expone aún más a la mujer a la violencia y en que la violencia contra la mujer contribuye a las condiciones que favorecen la propagación del VIH/SIDA”. Por tanto, es esencial tratar la violencia por motivos de género para hacer realidad el derecho a disfrutar de las condiciones sociales que permiten la prevención del VIH/sida. Según el derecho internacional, los gobiernos tienen la obligación de ejercer la diligencia debida para impedir, investigar y sancionar todas las formas de la violencia de género contra las mujeres.³⁸ El concepto de diligencia debida describe las medidas mínimas que un Estado debe adoptar para proteger de forma efectiva a las personas de los abusos contra sus derechos.³⁹ La diligencia debida comporta tomar medidas efectivas para impedir los abusos; investigarlos cuando tengan lugar; llevar a los responsables ante la justicia para que sean sometidos a procedimientos justos; garantizar una reparación adecuada, incluida indemnización y resarcimiento, y garantizar que la justicia se administra sin discriminación de ningún tipo.

³⁵ Entrevista de AI con el ministro de Salud, Georgetown, Guyana, noviembre de 2005.

³⁶ *The Lancet*, “Mortality of HIV-1 infected patients in the first year of antiretroviral therapy: comparison between low-income and high-income countries”, vol. 367, 817-824, 2006.

³⁷ La OMS ha publicado un estudio de este programa de tratamiento como práctica recomendada. *Antiretroviral Therapy in Primary Health Care: Experience of the Khayelitsha Programme in South Africa – Case Study*. Ginebra, 2003. Disponible en http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/South_Africa_E.pdf.

³⁸ Véase AI, *Hacer los derechos realidad* (Índice AI: ACT 77/049/2004).

³⁹ Un Estado “puede ser tomado por cómplice cuando falta sistemáticamente a proporcionar protección contra actores privados que privan a cualquier persona de sus derechos humanos.” Informe de la relatora especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y sus consecuencias, 6 de febrero de 1996, doc. ONU E/CN.4/1996/53, párr. 32.

Las mujeres, los derechos y el VIH/sida

Las mujeres corren un riesgo mayor de contraer el VIH/sida que los hombres por razones sociales y biológicas. A escala mundial, la mayoría de nuevos contagios del VIH afectan ahora a las mujeres. La ONU ha admitido esta circunstancia al afirmar:

*Las mujeres y las niñas son particularmente vulnerables al VIH/SIDA no sólo por sus condiciones biológicas, sino también por las desigualdades económicas y sociales y las funciones de los sexos culturalmente aceptadas que las colocan en una posición de subordinación al hombre en la toma de decisiones sobre las relaciones sexuales.*⁴⁰

En casi todos los campos en que hay una relación entre los derechos humanos y el VIH/sida, las mujeres sufren una mayor discriminación y más violaciones de sus derechos que los hombres.

En ocasiones, las mujeres no tienen acceso a los recursos económicos y tienen menos oportunidades de acceder a la educación o al mercado laboral formal, y en el trabajo suelen cobrar menos que los hombres. Cuando las mujeres (y por tanto sus hijos e hijas) tienen menos acceso a los recursos económicos, suelen verse obligadas a depender o a ponerse en manos de sus los hombres con que forman pareja para sobrevivir, y esta dependencia merma su capacidad de llegar a un acuerdo con ellos sobre el mantenimiento de relaciones sexuales seguras y el uso de preservativos. Esta situación comporta también que las mujeres sufran en ocasiones una presión mayor, que las obliga a mantener relaciones sexuales de carácter transaccional o comercial con el fin de pagarse la comida, la educación o la vivienda.

Es más probable que las mujeres conozcan su estado en relación con el VIH, ya que en las clínicas prenatales suelen hacerles pruebas. A menudo se enteran de que son seropositivas cuando visitan una clínica o un centro de salud antes de dar a luz. Comunicar a sus compañeros su estado de salud también comporta riesgos para ellas. La Comisión de Derechos Humanos de la ONU ha subrayado la relación entre el papel de las mujeres, la discriminación por motivos de género, la violencia sexual y el riesgo de contraer el VIH/sida.⁴¹

Derechos sexuales y reproductivos

Los derechos sexuales y reproductivos guardan relación con la capacidad de toda persona para decidir sobre las cuestiones relativas a su vida sexual y reproductiva de forma libre y responsable. Para combatir el VIH/sida es esencial que existan servicios integrales de salud sexual y reproductiva.⁴²

El PIDESC garantiza el derecho a la salud materna, infantil y reproductiva (artículo 12.2.a). El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha aclarado que este derecho debe comportar “medidas para mejorar la salud infantil y materna, los servicios de salud sexuales y genésicos, incluido el acceso a la planificación de la familia, la atención anterior y posterior al parto, los servicios obstétricos de urgencia y el acceso a la información, así como a los recursos necesarios para actuar con arreglo a esa información.” El Comité ha afirmado también lo siguiente:

*Los Estados deben abstenerse de limitar el acceso a los anticonceptivos u otros medios de mantener la salud sexual y genésica.*⁴³

⁴⁰ Relatora especial de las Naciones Unidas sobre la violencia contra la mujer, con inclusión de sus causas y sus consecuencias, Informe a la Comisión de Derechos Humanos de la ONU, E/CN.4/2004/66, párr. 47.

⁴¹ Comisión de Derechos Humanos de la ONU, Resolución 2005/41, “La eliminación de la violencia contra la mujer”, Doc. ONU: E/CN.4/RES/2005/41, párrs. 10 y 12.

⁴² Véanse, por ejemplo, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, y Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, Recomendación general 24, 1999.

Derecho a buscar, recibir e impartir información⁴⁴

La información es un instrumento clave para permitir a las personas decidir sobre su salud sexual y reproductiva y, por tanto, es un factor crucial para prevenir las infecciones del VIH. Debe haber información exacta disponible y accesible, en un formato que se ajuste al público al que va destinada, con el fin de que tenga una repercusión máxima. Por ejemplo, se debe elaborar de forma que la puedan utilizar personas que no lean ni hablen la lengua nacional y no estar limitada por estigmas, tabúes ni consideraciones políticas, incluidas las de los organismos y los Estados donantes. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado que los Estados Partes deben abstenerse “de censurar, ocultar o desvirtuar intencionalmente la información relacionada con la salud, incluida la educación sexual y la información al respecto”.⁴⁵

El derecho a “impartir educación y proporcionar acceso a la información relativa a los principales problemas de salud en la comunidad, con inclusión de los métodos para prevenir y combatir esas enfermedades” es un componente clave del derecho a la salud.⁴⁶ En relación con la juventud, los Estados deben “garantizar la existencia y fácil acceso a los bienes, servicios e información adecuados para prevenir y tratar estas infecciones [las infecciones de transmisión sexual], incluido el VIH/SIDA” a los adolescentes.⁴⁷

El Comité de los Derechos del Niño ha señalado además:

*La educación desempeña un papel fundamental en lo que hace a facilitar a los niños la información pertinente y apropiada respecto del VIH/SIDA que pueda contribuir a mejorar el conocimiento y la comprensión de la pandemia, así como impedir la manifestación de actitudes negativas respecto a las víctimas del VIH/SIDA.*⁴⁸

Discriminación

Las personas afectadas por el VIH/sida son objeto de discriminación en muchos aspectos de su vida. La discriminación –la negación sistemática de derechos a determinadas personas por lo que son o se considera que son– es un abuso contra los derechos humanos que suele acarrear más abusos.⁴⁹

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha afirmado de forma explícita que está prohibida la discriminación en el acceso a la asistencia médica y a otros factores que repercuten en el derecho a la salud.⁵⁰

Además, la Comisión de Derechos Humanos de la ONU ha afirmado lo siguiente:

⁴³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párrs. 14 y 34.

⁴⁴ PIDCP, Artículo 19.2, Convención sobre los Derechos del Niño, Artículo 13.1.

⁴⁵ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párr. 34.

⁴⁶ *Ibid.*, párr. 44.

⁴⁷ Comité de los Derechos del Niño, Observación general 4 (2003), la salud y el desarrollo de los adolescentes, párr. 23.

⁴⁸ Comité de los Derechos del Niño, 32º periodo de sesiones, 13-31 de enero de 2003; CRC/GC/2003/1.

⁴⁹ La *discriminación* se ha definido como la “distinción, exclusión, restricción o preferencia basada en [motivos de discriminación prohibidos internacionalmente] que tenga por objeto o por resultado anular o menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio, en condiciones de igualdad, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural o en cualquier otra esfera de la vida pública.” Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial, artículo 1.1, Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, artículo 1.

⁵⁰ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párr. 18.

*la discriminación sobre la base del VIH y el SIDA, real o presunta, está prohibida por las normas internacionales de derechos humanos y que la expresión "o cualquier otra condición social", que figura en las disposiciones de los textos internacionales de derechos humanos sobre la no discriminación, debe interpretarse en el sentido de que abarca el estado de salud, incluso el VIH y el SIDA.*⁵¹

Las personas afectadas por el VIH/sida pueden ser objeto de discriminación en las clínicas y en los centros de salud cuando acuden para recibir tratamiento o acceder a servicios generales de salud sexual y reproductiva. Esta discriminación puede comportar desde la negativa del personal médico a realizar una operación a una persona seropositiva hasta el aplazamiento del tratamiento y las agresiones verbales contra los pacientes y sus familiares.

Como se muestra en este informe, las personas que viven con el VIH/sida sufren también discriminación en el trabajo. En algunos casos, pueden perder su empleo después de revelar su condición. Algunos empleadores obligan a quienes trabajan para ellos a hacerse análisis de VIH, otros se los hacen sin su conocimiento o consentimiento, vulnerando claramente sus obligaciones en materia de derechos humanos y las directrices oficiales, que estipulan que las pruebas deben ser voluntarias y realizarse con el pleno consentimiento de la persona.⁵² En algunos casos, quienes viven con el VIH/sida no encuentran trabajo debido a su condición; en otros, el acceso a un puesto de trabajo puede depender de que un análisis de VIH resulte negativo. De forma similar, los niños y niñas y los adolescentes pueden ser objeto de discriminación en su acceso a la educación en función de su condición serológica, real o supuesta, respecto al VIH. Si no hay mecanismos que permitan a las personas cuestionar dicha discriminación, se vulneran aún más sus derechos al negarles el acceso a la justicia.

El Comité de los Derechos del Niño ha observado que los menores tienen derecho a no sufrir discriminación sobre la base de su orientación sexual y su estado de salud (incluido el VIH/sida).⁵³ Ha afirmado también que los Estados tienen la obligación de “adoptar normas legislativas para luchar contra las prácticas que o bien aumentan el riesgo de infección de los adolescentes o contribuyen a la marginalización de los adolescentes que tienen ya una ETS, con inclusión del VIH.”⁵⁴

La discriminación de las personas sobre la base de su orientación sexual o identidad de género, incluidos los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, se manifiesta de varias maneras, como la criminalización de las relaciones homosexuales. Los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres sufren a menudo estigmas adicionales debido a la incidencia del VIH/sida entre los gays y a la historia de la pandemia, que un principio se asoció sobre todo a los gays de los países del norte.

Derecho a la intimidad: las pruebas de detección del VIH

La confidencialidad tiene una importancia fundamental en el contexto del VIH/sida debido al estigma que rodea a la enfermedad y a la discriminación de que son objeto las personas que viven con el VIH/sida.

⁵¹ Comisión de Derechos Humanos de la ONU, resolución 1995/44, doc. ONU E/CN.4/1995/44,

<http://www.unhcr.ch/Huridocda/Huridoca.nsf/0/ce8ee444afae3e6b802566f30036559e?Opendocument>.

⁵² Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos. Para un examen en profundidad de las pruebas clínicas y las normas de derechos humanos, véase la sección dedicada a este tipo de pruebas más adelante.

⁵³ Comité de los Derechos del Niño, Observación general 4 (2003), sobre la salud y el desarrollo de los adolescentes, párr. 6.

⁵⁴ *Ibíd.*, párr. 30. b.

En el artículo 17 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos se afirma que nadie “será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada.”⁵⁵

Según las Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos, esta prohibición comporta la obligación de respetar la intimidad física, incluida la obligación de obtener el consentimiento informado de la persona para la realización de las pruebas de detección del VIH y de respetar la confidencialidad de toda la información relativa a su condición serológica.⁵⁶ En las Directrices se reconoce también el deber de los Estados de proteger este derecho. A menudo los dispensadores de atención médica revelan la condición del paciente, o los sistemas de tratamiento, asistencia y apoyo funcionan de un modo que menoscaba de forma activa el derecho a la confidencialidad del paciente.⁵⁷

Las pruebas de detección del VIH/sida son esenciales para una prevención, tratamiento, asistencia y apoyo eficaces. Las pruebas voluntarias, junto con un asesoramiento adecuado antes y después de llevarlas a cabo, brindan una buena oportunidad de informar a la persona sobre la prevención y el tratamiento. Estos conocimientos pueden ayudar a las personas cuyas pruebas han dado positivo a evitar nuevos contagios⁵⁸ y a proteger a sus parejas sexuales.

Según las directrices de la ONU, las pruebas deben guiarse por tres principios: confidencialidad, consentimiento informado y asesoramiento.⁵⁹ Sin son obligatorias –es decir, si se obliga a una persona a hacerse un análisis de VIH o se le practican pruebas contra su voluntad– constituyen “una violación del derecho a la seguridad personal”.⁶⁰

El principal modelo de pruebas seguido se conoce como Asesoramiento y Pruebas Voluntarias (APV). El modelo APV entraña que la persona acuda de forma voluntaria a hacerse un análisis y se asesore sobre las implicaciones de los resultados antes y después de que se lleve a cabo. El debate en torno a las pruebas del VIH y los derechos humanos está siendo objeto de un nuevo enfoque y de un renovado interés en el contexto de la difusión de los tratamientos antirretrovirales en los países del sur. El hecho de que el modelo APV esté disponible sólo para un 10 por ciento, aproximadamente, de la población de los países del sur constituye uno de los desafíos fundamentales a la hora de ampliar el acceso a los medicamentos antirretrovirales.⁶¹ El resultado es que en el sistema de salud pública se facilitan cada vez más pruebas de forma habitual en entornos que pueden carecer de los recursos necesarios.⁶²

⁵⁵ PIDCP, artículo 17.

⁵⁶ Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos, doc. ONU E/CN.4/1997/37, anexo I. Disponibles en

<http://193.194.138.190/huridocda/huridoca.nsf/43a37fa863140065c12565c90030b1f6/76785898755ec29a8025668a0030d957?OpenDocument#annexoI>.

⁵⁷ En el párrafo 12.c de la Observación general 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales se admite de forma concreta que la asistencia médica aceptable incluye lo siguiente: “Todos los establecimientos, bienes y servicios de salud deberán ser respetuosos de la ética médica y culturalmente apropiados [...] y deberán estar concebidos para respetar la confidencialidad [...]”

⁵⁸ Se puede producir un nuevo contagio cuando una persona que vive con el VIH/sida mantiene relaciones sexuales con otra persona que vive con el VIH/sida sin utilizar medios de protección. Como hay diferentes cepas del virus y el VIH muta con el paso del tiempo, el tratamiento se complica mucho y puede llegar a ser inviable.

⁵⁹ ONUSIDA/OMS, *Policy Statement on HIV Testing*, 2004. Disponible en <http://www.unaids.org/en/Policias/Testing/default.asp>.

⁶⁰ Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos, párr. 113.

⁶¹ ONUSIDA/OMS, *Policy Statement on HIV Testing*, 2004.

⁶² ‘Special Focus; Emerging Issues in HIV/AIDS’, *Health and Human Rights*, vol. 8, núm. 2. 2005, Cambridge (Estados Unidos).

Una de las formas más fáciles de aumentar el número de personas a quienes se realizan pruebas del VIH/sida es facilitárselas de forma habitual a las mujeres embarazadas en las clínicas prenatales. Aunque las pacientes pueden negarse a hacérselas, suscita preocupación el hecho de que se faciliten habitualmente de este modo, que plantea, entre otras, cuestiones relacionadas con el consentimiento informado. Si se facilitan habitualmente durante el embarazo, es necesario que existan sistemas que proporcionen un asesoramiento suficiente y expliquen todas las consecuencias del resultado positivo de la prueba. Preocupa también la capacidad de las clínicas prenatales para ofrecer la confidencialidad e intimidad que requieren las pruebas del VIH.

Participación: el papel de la sociedad civil

La participación de las personas que viven con el VIH/sida en la elaboración y aplicación de medidas contra el VIH/sida es un principio fundamental de un enfoque basado en los derechos. Es esencial garantizar en la elaboración y la aplicación de políticas y programas la participación plena y significativa de las personas a quienes se pretende ayudar y que esta participación se traduzca en una verdadera influencia sobre las decisiones adoptadas, incluidas la vigilancia y seguimiento de estas decisiones.

El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha reconocido que un “aspecto importante es la participación de la población en todo el proceso de adopción de decisiones sobre las cuestiones relacionadas con la salud en los planos comunitario, nacional e internacional”⁶³ e insta a los Estados a “abstenerse de [...] impedir la participación del pueblo en los asuntos relacionados con la salud.”⁶⁴

La sociedad civil y las personas que viven con el VIH/sida y están afectadas por él deben participar en todo el proceso de adopción de decisiones relacionadas con el VIH/sida en todos los niveles. Este aspecto comporta una participación significativa en la determinación de los protocolos clínicos, en la elaboración de los programas de tratamiento, asistencia y prevención y en los procesos de adopción de decisiones de los organismos internacionales, gubernamentales o de otro tipo que elaboran las políticas relacionadas con el VIH/sida, incluida la participación en las decisiones sobre la asignación de fondos. La sociedad civil y las personas que viven con el VIH/sida deben participar también en el control de los progresos de los gobiernos en el cumplimiento de sus compromisos y obligaciones en relación con el VIH/sida.

Cooperación y ayuda internacional

Los Estados tienen la obligación fundamental de garantizar el respeto, la protección y el disfrute progresivo y efectivo de los derechos humanos dentro de sus fronteras. Las normas internacionales que reconocen el derecho a la salud determinan también el papel de la cooperación y la ayuda internacional en la efectividad de este derecho.

Entre las obligaciones en materia de derechos humanos de los Estados que actúan en el extranjero figuran:

El respeto del derecho a la salud. Este aspecto comporta abstenerse de toda política que obstaculice o vulnere el derecho a la salud de la población de cualquier país al que se facilite asistencia (a través de los gobiernos o de otros agentes). Por ejemplo, en el contexto del VIH/sida, esta obligación incluye garantizar que las políticas oficiales no promueven los derechos de propiedad intelectual de las grandes empresas en detrimento del derecho de la población a acceder a medicamentos esenciales.⁶⁵ Comporta también garantizar que estas políticas no entrañan la retención o

⁶³ Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párr. 11.

⁶⁴ *Ibíd.*, párr. 34.

⁶⁵ En el Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual Relacionados con el Comercio (ADPIC) de la OMC se establecen disposiciones por las que, en el caso de medicamentos esenciales, no se aplican las normas sobre comercio de este organismo en determinadas circunstancias.

distorsión deliberada de información vital para la protección contra el VIH/sida, así como el respeto del principio de no discriminación.

La protección del derecho a la salud contra violaciones de otros agentes sobre los que el Estado tiene jurisdicción.⁶⁶ Esta obligación comporta el ejercicio de la diligencia debida para garantizar que las empresas farmacéuticas no socavan el derecho de las personas a acceder a medicamentos esenciales.

El logro progresivo del disfrute pleno y efectivo del derecho a la salud (mediante la facilitación, la promoción y el suministro de los medios pertinentes).⁶⁷ Este aspecto comporta garantizar que los programas de ayuda internacional dan prioridad a los factores básicos del derecho a la salud, incluido el acceso a medicamentos fundamentales, a información esencial para prevenir el VIH/sida y a los medios de protección más efectivos.

De acuerdo con la Carta de las Naciones Unidas, todos los Estados miembros tienen el compromiso de emprender acciones conjuntas y por separado para trabajar en favor del respeto universal de los derechos humanos para todas las personas sin distinción.⁶⁸ Este compromiso obliga a todos los Estados a recabar ayuda internacional cuando sea necesario y a garantizar que toda la ayuda facilitada cumple el derecho y las normas internacionales sobre derechos humanos. Los Estados en condiciones de ofrecer ayuda internacional deben hacerlo cuando sea necesario para garantizar al menos que todas las personas disfrutaran de manera efectiva del derecho a la salud en un grado mínimo.⁶⁹

A la hora de facilitar ayuda y cooperación internacional, todos los gobiernos tienen la obligación –en virtud de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y de otros instrumentos de derechos humanos– de reconocer el derecho a la salud como un derecho humano fundamental y deben garantizar que sus programas de ayuda internacional respetan, protegen y cumplen el derecho de la población del Estado receptor a disfrutar del grado de salud más alto posible.

⁶⁶ “Los Estados Partes tienen que [...] impedir que terceros conculquen ese derecho [a la salud] en otros países siempre que puedan ejercer influencia sobre esos terceros por medios legales o políticos, de conformidad con la Carta de las Naciones Unidas y el derecho internacional aplicable.” Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párr. 39.

⁶⁷ “De acuerdo con los recursos de que dispongan, los Estados deben facilitar el acceso a los establecimientos, bienes y recursos de salud esenciales en otros países, siempre que sea posible, y prestar la asistencia necesaria cuando corresponda.” Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 14, párr. 39. En esta disposición se formularon con mayor amplitud las condiciones de estas obligaciones, que se habían expresado antes de forma más directa en relación con el derecho a una alimentación adecuada: “Los Estados Partes [...] deben adoptar medidas para respetar el disfrute del derecho a la alimentación en otros países, proteger este derecho, facilitar el acceso a la alimentación y prestar la necesaria asistencia cuando sea preciso.” Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 12, párr. 36.

⁶⁸ Carta de las Naciones Unidas, artículos 55 y 56. Este aspecto se reitera en el artículo 2.1 del PIDESC y en el artículo 4 de la Convención de los Derechos del Niño, que obligan a los Estados a adoptar medidas –de forma individual y a través de la ayuda y cooperación internacional y de acuerdo con los máximos recursos disponibles– encaminadas a hacer realidad plenamente los derechos garantizados en estos tratados, incluido el derecho a la salud.

⁶⁹ “[D]e acuerdo con los Artículos 55 y 56 de la Carta de las Naciones Unidas, con principios bien establecidos del derecho internacional y con las disposiciones del propio Pacto, la cooperación internacional para [...] la efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales **es una obligación de todos los Estados**. [Esta obligación] corresponde particularmente a los Estados que están en condiciones de ayudar a los demás a este respecto.” Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 3 (Obligaciones de los Estados), 1990, párr. 14 (la negrita es nuestra).

Los derechos humanos y el VIH/sida en la República Dominicana

Vivir con el VIH/sida en la República Dominicana: la historia de Rita

Rita: vivir con el VIH/sida. © AI

“No tengo dinero ni fuerzas para ir a la capital, que es donde me podrían ayudar”, dice Rita, portadora del VIH y muy enferma. “Espero vivir lo suficiente para ver crecer y casarse a mi hijo, de nueve años. Pero cuando me atacan la fiebre, la jaqueca y la diarrea, me entra miedo y creo que voy a morir. Y entonces pierdo las esperanzas”⁷⁰.

Rita vive en un batey –comunidad de trabajadores y trabajadoras de las plantaciones de azúcar– a unas dos horas en automóvil desde la capital Santo Domingo. “Antes trabajaba en un hotel de la ciudad, pero tuve que dejarlo hace seis años, cuando enfermé. Ahora me encuentro tan mal la mayor parte del tiempo que casi no puedo comer ni beber. Hace ocho meses, un familiar mío que hace trabajo voluntario para una ONG dedicada al VIH/sida me llevó al hospital para hacerme la prueba de prueba del VIH, que dio positiva. Todavía no se lo he dicho a mi familia”.

Rita teme el estigma que puede marcarla si revela su condición serológica, así como la reacción de sus padres. Tampoco sabe si su marido será capaz de sobrellevarlo, y aunque éste insiste que está completamente sano, ella sospecha que es él quien la ha infectado. El hijo más pequeño de Rita aprendió lo que es el VIH/sida en el colegio y, al ver tan enferma a su madre, le preguntó llorando si ésta iba a morir de sida. Rita no le ha dicho nada de su enfermedad para no angustiarse.

“Aquí no hay tratamientos. Mi marido sólo consigue trabajos esporádicos y a veces ni le pagan. De vez en cuando, mis hijos más pequeños, de nueve y trece años, van por las casas con un cubo y un trapo y lavan la ropa a cambio de comida. ¿Usted cree que los que trabajan con los problemas del sida me podrían ayudar?”.

Información general

La República Dominicana tiene ocho millones de habitantes, el 25 por ciento de los cuales viven por debajo del umbral nacional de pobreza.⁷¹ Según ONUSIDA, 88.000 personas –el 1,7 por ciento de la población de la República Dominicana– viven con el VIH/sida, y se estima que entre 10.000 y 15.000 de ellas necesitan tratamiento antirretroviral. A comienzos de 2006, recibían estas medicinas unas 2.700 personas que vivían con el VIH/sida.⁷² El modo principal de transmisión del VIH es la práctica de sexo heterosexual.⁷³

El turismo juega un papel importante en la economía del país, al igual que el dinero que envían al país los dominicanos residentes en el extranjero y las exportaciones de minerales.⁷⁴ Las zonas de fabricación de libre comercio también son importantes fuentes de ingresos y empleo. Estados Unidos es el principal socio de la República Dominicana en las exportaciones: el 87 por ciento de todos los artículos de las zonas de libre comercio se exportan a Estados Unidos⁷⁵, país en el que existe una gran diáspora dominicana.

⁷⁰ Aunque Amnistía Internacional dispone de los testimonios originales en español que se reproducen en este documento, por motivos técnicos aquí aparecen traducidos desde el inglés.

⁷¹ ONUSIDA, *Situación de la epidemia de SIDA*, 2004.

⁷² Correspondencia entre AI y la Dirección General de Control de las Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), marzo de 2006.

⁷³ ONUSIDA, *Situación de la epidemia de SIDA*, 2004.

⁷⁴ <http://www.ciir.org/Templates/Internal.asp?nodeid=89680&int1stParentNodeID=89678>.

⁷⁵ Departamento de Estado de Estados Unidos, *Country Fact Sheets Dominican Republic*.

Alrededor del 95 por ciento de los dominicanos y dominicanas profesan la religión católica, cuya influencia es fuerte.⁷⁶ Desde 1982 el país tiene un gobierno elegido democráticamente. El poder político tiende a estar controlado por redes de élites bastante acaudaladas, lo que tiene importantes consecuencias en la respuesta al VIH/sida y en los desafíos que deben afrontar las personas para acceder a tratamiento y asistencia.

La República Dominicana ha conseguido frenar la diseminación del VIH/sida con cierto éxito. Por ejemplo, la tasa de infección en mujeres embarazadas de muchas ciudades al parecer está disminuyendo.⁷⁷ Sin embargo, aunque dos terceras partes de las infecciones ocurren en varones, el número de mujeres infectadas es cada vez mayor. Las mujeres menores de 24 años tienen dos veces más probabilidades de ser portadoras del VIH que los varones del mismo grupo de edad.⁷⁸ Esto se debe, en parte, a las relaciones entre mujeres jóvenes y varones de mayor edad, que son frecuentes. El VIH/sida es hoy la principal causa de muerte de mujeres en edad fértil en la República Dominicana.⁷⁹ Las tasas de infección por VIH/sida también son especialmente elevadas en los bateyes, cuya población se compone sobre todo de migrantes haitianos o dominicanos de origen haitiano.

Migrantes haitianos y ciudadanos dominicanos de origen haitiano

La República Dominicana y Haití comparten frontera. En la República Dominicana viven más de 700.000 dominicanos de origen haitiano y migrantes haitianos.⁸⁰ AI ha recibido numerosas denuncias de discriminación contra dominicanos de origen haitiano y migrantes haitianos, y muchas ONG con sede en la República Dominicana han informado de altos niveles de xenofobia. Haití tiene la tasa de infección por VIH más elevada del Caribe. A comienzos de los años noventa, las tasas de prevalencia en Haití alcanzaron el 8 por ciento. Desde entonces se han reducido a menos del 5 por ciento.⁸¹ No obstante, las personas que participan en programas y políticas en materia de VIH/sida han observado que en algunos sectores de la sociedad dominicana existe una tendencia a presentar el VIH/sida como un “problema haitiano”.

Los bateyes

Muchos migrantes de Haití y muchos dominicanos de origen haitiano viven en bateyes. Estas comunidades fueron creadas por los dueños de plantaciones de azúcar en la República Dominicana para sus trabajadores y trabajadoras (migrantes de Haití en su mayoría), y se encuentran situadas junto a las plantaciones.⁸² Se estima que casi la mitad de la población dominicana de origen haitiano vive en los más de 400 bateyes que existen en el país. Prácticamente ninguno de los bateyes ofrece agua corriente ni electricidad.⁸³ Si bien muchos migrantes de Haití inicialmente se establecen en los bateyes, es importante identificar éstos como comunidades permanentes, en las que las personas viven durante muchas generaciones. La prevalencia de

⁷⁶ Departamento de Estado de Estados Unidos, *Background Note: Dominican Republic*. Bureau of Western Hemisphere Affairs, mayo de 2005, <http://www.state.gov/r/pa/ei/bgn/35639.htm>.

⁷⁷ ONUSIDA, *Situación de la epidemia de SIDA*, 2005, p.60.

⁷⁸ *Ibid.*, p.58.

⁷⁹ USAID, Country Profile, HIV/AIDS, Dominican Republic.

⁸⁰ *Informe 2006 de AI*, República Dominicana.

⁸¹ ONUSIDA, *Situación de la epidemia de SIDA*, 2005.

⁸² Human Rights Watch, *Haitianos y Dominico-Haitianos en la República Dominicana*, abril de 2002, vol. 14, No 1 B.

⁸³ Bernier, B. “Sugar Cane Slavery: Bateyes in the Dominican Republic”, *New England Journal of International and Comparative Law*. vol. 9, No 1, 2003.

VIH en los bateyes es elevada. Según un estudio demográfico de los bateyes realizado en 2002, la prevalencia de VIH entonces era del 5 por ciento,⁸⁴ pero ONG que trabajaban en los bateyes indicaron a AI que las tasas podrían ser aún más elevadas.

Parte del éxito obtenido a la hora de controlar la epidemia en la República Dominicana se ha atribuido a un programa de trabajo con profesionales de la industria del sexo comercial. Según informes, el trabajo en la industria del sexo comercial es generalizado. A finales de los años noventa, la República Dominicana comenzó a poner en práctica un programa de “100 por ciento condones”, basado en experiencia adquirida en Tailandia. El programa exigía trabajar en colaboración con propietarios de hoteles y clubes nocturnos, así como con profesionales del sexo, para aplicar un plan de uso general de preservativos. Al parecer, tuvo bastante éxito.⁸⁵

El estigma y la discriminación relacionados con el VIH/sida suponen un desafío en la República Dominicana. El problema de la discriminación al parecer es bastante pronunciado en el área de la contratación laboral. La República Dominicana cuenta con legislación en materia de VIH/sida, la Ley 55-93 Sobre el Sida, que protege contra la discriminación a las personas que viven con el VIH/sida. Sin embargo, a AI no le consta apenas que se hayan presentado denuncias en virtud de esta ley. Uno de los puntos débiles de esta legislación parece ser la ausencia de sanciones específicas para esta clase de práctica discriminatoria.

Los análisis de VIH/sida en la República Dominicana no son gratuitos en el servicio de salud estatal. Para que una persona pueda hacerse la prueba del VIH debe obtener autorización del médico, que en la mayoría de los casos se cobra. Algunas ONG ofrecen pruebas del VIH en entornos de fácil acceso y sin cargo.

La República Dominicana cuenta con un programa de prevención de la transmisión materno infantil del VIH/sida al 100 por ciento, financiado por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. A las mujeres de la República Dominicana que acuden a las clínicas públicas de atención prenatal se les ofrece la prueba del VIH/sida de forma sistemática.

El gobierno recibe una subvención del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria que financia el suministro de tratamiento antirretroviral a todas las personas que lo necesitan. Sin embargo, según información facilitada por las autoridades, en marzo de 2006, de las 10.000 a 15.000 personas que se creía que necesitaban tratamiento antirretroviral sólo 2.700 lo recibían.⁸⁶

El VIH/sida y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos

El 29 de febrero de 2000 la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) otorgó la primera de una serie de medidas cautelares a favor del señor Odir Miranda y otros 26 integrantes de la Asociación Atlacatl, entidad que agrupa a personas que viven con el VIH/sida en El Salvador. Al publicar las medidas cautelares en febrero de 2000 la CIDH solicitó que “el Estado salvadoreño suministrara el tratamiento y los medicamentos antirretrovirales necesarios para evitar la muerte de las 27 personas individualizadas, así como las atenciones hospitalarias, farmacológicas y nutricionales pertinentes que permitieran fortalecer su sistema inmunológico, e impedir el desarrollo de

⁸⁴ USAID, República Dominicana; Encuesta Sociodemográfica y sobre VIH/sida en los Bateyes Estatales de la República Dominicana, 2002.

⁸⁵ Population Council, *Promoting 100% Condom Use in Dominican Sex Establishments*, estudio de Horizons, 2001. Disponible en: <http://www.popcouncil.org/horizons/ressum/dr.html>.

⁸⁶ Correspondencia entre AI y DIGECITSS, marzo de 2006.

enfermedades”.⁸⁷ Con este precedente, un creciente número de personas que viven con el VIH/sida en América Central y el Caribe han enviado solicitudes de medidas cautelares a la Comisión.

En 2002, la CIDH solicitó al gobierno de la República Dominicana que adoptase medidas cautelares para asistir a 10 solicitantes, número que se amplió ese mismo año hasta cubrir un total de 119 personas. La CIDH observaba en su Informe Anual de 2002 que el Estado había indicado que “dentro del plazo de cuatro meses, ofrecería la atención integral a los beneficiarios y suministraría medicamentos a los pacientes seleccionados que cumplan los criterios establecidos por la Comisión Nacional de Medicamentos Antirretrovirales [...] según la disponibilidad de los recursos asignados para el año 2002”. “A pesar de las medidas cautelares,” dice César Rosario, uno de los diez primeros solicitantes, “hubo una confusión enorme. Al principio, los fármacos no llegaban; después, en octubre [2002] nos enteramos de que ya estaban ahí, pero una parte de los medicamentos desapareció. Yo tuve suerte y conseguí los míos pero otros no fueron tan afortunados. La gente seguía muriendo”.

En 2001 y 2002 la Comisión Interamericana otorgó medidas cautelares a favor de aproximadamente 400 personas del Caribe y América Central. Pese a la solicitud de medidas cautelares, algunos gobiernos no facilitaron los fármacos pedidos por los solicitantes. Aunque no hay cifras exactas, Richard Stern, de la ONG regional de derechos humanos Agua Buena y que ayudó a las personas que enviaron solicitudes a la CIDH, dijo lo siguiente: “Estimo que alrededor de la mitad de las personas que recibieron medidas cautelares ya han muerto”.

A pesar de la desigualdad en la aplicación y el seguimiento de las medidas cautelares por parte de los gobiernos, la postura del CIDH en relación con el tratamiento antirretroviral constituyó un primer paso hacia la puesta en marcha de programas de tratamiento públicos en muchos países del continente americano. El gobierno de la República Dominicana siempre se ha declarado económicamente incapaz de proporcionar un programa nacional de tratamiento antirretroviral a través del servicio de salud estatal, pero gracias a la subvención del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria recibida en 2004, se ha comprometido ya a poner en marcha un programa de tratamiento universal.

Los servicios públicos de salud en la República Dominicana no son gratuitos y el gasto que se les destina representa sólo el 2,2 por ciento del producto interior bruto (PIB) del país.⁸⁸ El sector público de servicios de salud está muy centralizado. La asistencia médica se presta en los hospitales de las grandes poblaciones o a través de las Unidades de Atención Primaria en Salud (UNAPS) rurales, que sólo ofrecen servicios limitados. En las UNAPS de las zonas rurales, incluidas las de los bateyes, la rotación de personal es elevada, pues suelen estar dotadas de médicos en régimen de prácticas durante un período de un año. Casi todas las pruebas, procedimientos y enfermedades exigen la remisión del paciente a un hospital regional. Una vez hecha la remisión, no se hace un seguimiento del paciente ya que al médico de la UNAP no se le informa de su historial médico posterior.

Sólo los sectores más desfavorecidos de la población utilizan los servicios de salud estatales. Según algunos observadores, la gran mayoría de las personas –un 70 por ciento estimado– utilizan el sector de atención privada para obtener medicaciones, entre ellas las de VIH/sida.

La respuesta al VIH/SIDA en la República Dominicana está coordinada por el Consejo Presidencial del SIDA –COPRESIDA–, órgano que aglutina a varias instituciones. Su presidente es el secretario de Estado de Salud Pública, y el Director es nombrado directamente por el Presidente de la República. COPRESIDA se compone de miembros de diversos órganos gubernamentales, organizaciones de la sociedad

⁸⁷ Informe Anual de la Comisión Interamericana de Derechos Humanos 1999, Medidas cautelares otorgadas o extendidas por la Comisión, OEA/Ser.L/V/II.106, Doc. 3, 13 de abril de 2000. Disponible en:

<http://www.cidh.org/annualrep/99span/indice.htm>

⁸⁸ PNUD, Índice de Desarrollo Humano, República Dominicana, 2002. Disponible en inglés en:

http://hdr.undp.org/statistics/data/hdi_rank_map.cfm

civil y proveedores de servicios relacionados con el VIH/sida. Es el principal beneficiario de los fondos aportados por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria en la República Dominicana. COPRESIDA también administra un préstamo del Banco Mundial para el VIH/sida. Según los informes, tras las elecciones presidenciales de 2004 los cambios de dirección de COPRESIDA dieron lugar a importantes retrasos en la aplicación de la subvención del Fondo Mundial, con la que se sufraga el tratamiento antirretroviral en la República Dominicana.

La Dirección General de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y SIDA (DIGECITSS), que depende de la Secretaría de Estado de Salud Pública, es responsable de vigilar la aplicación del Plan Estratégico Nacional de ITS/VIH/SIDA. Es la agencia técnica responsable de los servicios estatales de VIH/sida, entre ellos el programa de tratamiento nacional.

Uno de los principales motivos de preocupación expuestos por representantes de la sociedad civil es la falta de coordinación entre las distintas agencias que trabajan en la lucha contra el VIH/sida, que da lugar a la duplicación de actividades y resta eficacia a la respuesta contra la epidemia. Aunque en COPRESIDA y DIGECITSS intervienen ONG, personas que viven con el VIH/ y otros grupos de la sociedad civil, las organizaciones de la sociedad civil entrevistadas por AI cuestionaron la medida en que dicha participación se traduce en una influencia real en las políticas y programas relacionados con el VIH/sida.

La principal subvención recibida por la República Dominicana –17,3 millones de dólares estadounidenses en un período de dos años– proviene del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria. El gobierno también recibe un préstamo del Banco Mundial de 25 millones de dólares estadounidenses para los esfuerzos destinados a combatir el VIH/sida.

La administración estadounidense es el principal donante bilateral de la República Dominicana, y entre 2002 y 2008 aportó 35 millones de dólares a través del proyecto Conecta, puesto en marcha y coordinado por Family Health International. El cincuenta por ciento de esta suma se entrega directamente a las autoridades para reforzar el servicio de salud estatal y la otra mitad se adjudica a ONG locales.⁸⁹

Principales desafíos relacionados con el VIH/sida

Si bien la cantidad de personas que pueden acceder al tratamiento de VIH/sida ha aumentado rápidamente desde la introducción del programa estatal de tratamiento, según la investigación realizada por AI en la República Dominicana el número de personas que siguen sin recibir la medicación necesaria aún es elevado. La investigación de la organización sugiere que se cometen violaciones de los derechos humanos, sobre todo en relación con el derecho a la salud, a no sufrir discriminación, a la intimidad y a la información.

Derecho a la salud

Adonis, activista en la lucha contra el VIH/sida. © AI

Adonis, activista en la lucha contra el VIH/sida que trabaja para una red de personas que viven con el VIH/sida en Boca Chica, describió la forma en que se le informó de que no podía acceder a ningún tratamiento, tras recibir el resultado positivo de sus pruebas en 2004. Una médica le pagó el tratamiento de su propio bolsillo durante tres meses y con ello le salvó la vida. Sólo después de dar a conocer su caso y sus motivos de preocupación a través de los medios de comunicación, Adonis consiguió que se le administrara el tratamiento. Según informes, Adonis recibió varias llamadas

⁸⁹ Los fondos que Estados Unidos envía a la República Dominicana imponen los mismos requisitos que en Guyana. Véase el recuadro sobre PEPFAR *infra*.

telefónicas amenazadoras después de que hiciera pública su crítica al gobierno por no administrársele el tratamiento que necesitaba. “También alteraron los frenos de mi moto después de denunciar al gobierno en la radio por la falta de acceso al tratamiento”, dijo a AI.

Actualmente, Adonis es asesor de tratamiento en una clínica de salud local. Dijo a AI que acababa de ayudar a confirmar el tratamiento para una mujer de 25 años de su comunidad cuyo estado era tan crítico que había tenido que ser hospitalizada, hidratada y alimentada por vía intravenosa para estabilizarlo. Adonis y otro activista de VIH/sida se habían desplazado a la capital, Santo Domingo, y expuesto el caso de esta mujer en la sede de COPRESIDA. Sólo después de esta intervención consiguieron que la mujer fuera trasladada a la clínica local. Adonis está al cuidado de uno de los hijos de la mujer porque carecen de cualquier tipo de ayudas. Adonis dijo a AI: “Sólo en 2005 vi morir a 15 miembros de mi comunidad, únicamente porque no pudieron acceder al tratamiento contra el sida”.

Acceso a medicamentos básicos

Aunque el gobierno recibe muchos fondos de los donantes que se destinan al trabajo y el tratamiento contra el VIH/sida, hay personas que mueren a tan sólo treinta minutos de Santo Domingo y de sus modernos hospitales privados. En los dos últimos años, he visto morir innecesariamente a muchísimas personas por falta de medicamentos.

Representante de una organización de derechos humanos regional, enero de 2006.

Según la información disponible, las personas que viven con el VIH/sida en la República Dominicana siguen muriendo por no recibir el tratamiento necesario, a pesar del acceso universal nacional al plan de tratamiento y el mayor número de personas que son tratadas. Según las autoridades, en marzo de 2006 el 33 por ciento de las personas que necesitan tratamiento antirretroviral recibía la medicación. La falta de información sobre dónde y cómo acceder al tratamiento antirretroviral es frecuentemente una barrera a la hora de obtener medicamentos. Y esta situación se da especialmente en los bateyes: más de 30 personas afectadas por VIH/sida que fueron entrevistadas por AI ignoraban que existiera tratamiento efectivo contra el VIH/sida y que los servicios de salud estatales lo ofrecieran de forma gratuita.

Personas encargadas del establecimiento de políticas, representantes de la sociedad civil y profesionales de la medicina entrevistados por AI afirmaron que en su trabajo se topaban normalmente con personas que se estaban muriendo a causa del SIDA por falta de medicamentos, bien porque no podían acogerse a un programa de tratamiento o porque no pedían ayuda médica hasta que se encontraban muy enfermas debido a los costes asociados a ello.

Acá todo es muy difícil y muy caro, y las personas realmente no pueden acceder a ello. Yo las informo y las sensibilizo, les digo que coman bien y que se tomen las vitaminas, hablo con ellas, es todo cuanto puedo hacer.

Marisol, promotora de salud que trabaja con personas que viven con el VIH/sida, enero de 2006.

En los tres bateyes visitados por AI, los investigadores no encontraron a una sola persona que estuviese recibiendo tratamiento antirretroviral a través del plan nacional de tratamiento de acceso universal. El Movimiento de Mujeres Dominicano-Haitianas (MUDHA), ONG local, informó que de las aproximadamente 13.000 personas con las que trabajan en 13 bateyes, sólo conocen a una que haya tenido acceso al tratamiento antirretroviral.

Acceso a la asistencia médica

El coste que supone desplazarse a un centro de tratamiento de VIH/sida es frecuentemente un obstáculo para obtener los medicamentos básicos. La persona que necesita fármacos antirretrovirales muchas veces tiene que hacer varios viajes hasta que se establece si necesita o cumple los requisitos para recibir el tratamiento.

Muchas UNAPS sólo disponen de los fármacos más básicos. Algunos de los profesionales de la medicina y la enfermería entrevistados por AI habían tenido que esperar de dos a cuatro meses para obtener antibióticos. Casi todas las pruebas, entre ellas las necesarias para detectar el VIH/sida, comprobar la carga vírica y analizar la función hepática, así como todos los procedimientos quirúrgicos, tienen que ser remitidas al hospital. Según el gobierno de la República Dominicana, a comienzos de 2006 el sector público sólo disponía de un equipo de recuento de células CD4. Este dispositivo mide la cantidad de células CD4 –que normalmente protegen contra la infección– y es la forma más común de determinar si una persona necesita tratarse con medicamentos antirretrovirales. Una vez que se empiezan a tomar los fármacos, debe realizarse un recuento de CD4 periódicamente para vigilar su eficacia.

Los médicos que trabajan en los bateyes describieron su frustración por la incapacidad de ofrecer servicios de VIH/sida a sus pacientes y de hacerles un seguimiento. Una de las UNAPS visitadas por AI no tenía agua corriente ni saneamiento; tampoco disponía de un sistema de mantenimiento de los historiales médicos, que se guardaban en una piletta. El personal médico entrevistado describió situaciones similares en muchos de los grandes hospitales, incluido el suministro irregular de agua, electricidad y materiales básicos, como guantes esterilizados, problema grave para el cuidado de pacientes y para la seguridad del personal médico. El Colegio Médico confirmó que el suministro intermitente de electricidad y agua potable era un problema incluso en los principales hospitales de Santo Domingo.

La investigación realizada por AI sugiere que el acceso al tratamiento del VIH/sida es inferior en los bateyes que en otras zonas del país. Las personas que viven en ellos tienen escaso acceso a centros de asistencia médica y prácticamente no hay ningún centro que realice pruebas y ofrezca tratamiento del VIH/sida. La asistencia médica en los bateyes generalmente se ofrece en las UNAPS, que pueden contar con un médico permanente o uno que pase consulta uno o dos días por semana, según el tamaño de la comunidad. Gracias a la financiación del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, algunas ONG hoy pueden ofrecer unidades móviles que se desplazan a bateyes seleccionados junto a la frontera con Haití para realizar las pruebas. Sin embargo, en las comunidades visitadas por AI no había unidades de pruebas, y las organizaciones encuestadas señalaron que aún no se había creado este servicio.

La falta de transporte es un problema grave para las personas que viven en bateyes, ya que las carreteras que conectan estas comunidades con las ciudades están en pésimas condiciones. En sus entrevistas con AI, las personas que vivían con el VIH/sida en bateyes y las organizaciones que trabajaban con ellas describieron este problema como un gran obstáculo para acceder al tratamiento.

Derecho a la intimidad

Historiales médicos en una Unidad de Atención Primaria en Salud (UNAPS) de un batey. © AI

Todos se enteran [del resultado de la prueba del VIH] antes que el paciente: el portero, otros pacientes, las enfermeras, todos.

Asistente para personas que viven con el VIH/sida de una clínica de Boca Chica.

La confidencialidad en la asistencia médica pública y privada es motivo de gran preocupación. Pacientes, personal médico y ONG informaron de que es común que en muchos centros de salud y hospitales se informe antes a la familia del paciente que a éste del resultado positivo de la prueba.

Cuando iba al colmado todos decían: “miren, ahí viene la que tiene sida”. Así fue como empecé a sospechar que podía tener sida.

Demaris, de 23 años. Fue al hospital cuando estaba embarazada de su cuarto hijo y le hicieron la prueba del VIH. Le dijeron que había dado positivo en varios de los análisis, pero no la asesoraron sobre el hecho haber dado positivo en la prueba del VIH y las consecuencias de ello ni sobre los vínculos entre el VIH y el sida. Sólo cuando volvió al hospital en una fase posterior, uno de los médicos le explicó lo que significaba ser seropositiva. Miembros de su comunidad conocieron los resultados antes que ella.

La legislación en materia de VIH/sida de la República Dominicana estipula que toda información sobre la condición serológica de una persona, las pruebas y la asistencia son confidenciales.⁹⁰ Las directrices nacionales relativas a las pruebas del VIH y la asistencia exigen el consentimiento informado y por escrito de la persona para que se le realice una prueba del VIH o se compartan los resultados de la misma con terceros.⁹¹ A pesar de ello, AI recibió denuncias de varios casos en los que no se informó a las personas de que se les había realizado la prueba, no se les asesoró sobre su resultado o no se les indicó siquiera que éste era positivo.

El Colegio Médico, creado en 2001, estima que 20.000 profesionales que ejercen la medicina en la República Dominicana aún no se han colegiado, lo que dificulta la tarea de hacer cumplir y aplicar las normas y los protocolos médicos elaborados, entre ellos los correspondientes al tratamiento y las pruebas de VIH/sida y el programa de prevención de la transmisión materno infantil del VIH/sida. El Colegio Médico calificó de problema grave su incapacidad de hacer cumplir estas normas, a la hora de abordar adecuadamente el VIH/sida.

Casi todos los miembros de mi red se enteraron de su condición serológica cuando buscaban trabajo y no lo conseguían, o cuando sus empleadores les mandaron a hacerse pruebas. Las mujeres frecuentemente se enteran cuando acuden a la clínica durante el embarazo. Muchas personas lo descubren igual que yo, al pedir un visado de entrada a Estados Unidos y tener que declarar su condición.

Activista de VIH/sida, 15 de noviembre de 2005.

**Marisol, promotora de salud del Movimiento de Mujeres
Dominico-Haitianas (MUDHA), trabajando en el batey de Basima. © AI**

Marisol, promotora de salud de una comunidad próxima a la población de Villa Alta Gracia, describió la práctica de informar de los resultados de las pruebas a los pacientes en presencia de familiares.

Fui al médico porque estaba adelgazando mucho y me preocupaba mi salud. El médico me dijo que fuera acompañado de mi tía. Así lo hice, y una vez ahí los dos, el médico nos dijo que las pruebas de VIH habían dado positivo.

⁹⁰ Artículo 6 de la Ley 55-93 Sobre El Sida.

⁹¹ Normas Nacionales Para La Consejería en ITS/VIH/sida. República Dominicana 2003, Serie de Normas Nacionales No. 30.

Jorge, de 28 años, Boca Chica, enero de 2006. Señaló a AI que ignoraba que se había hecho una prueba del VIH.

Discriminación en el trabajo

Ramón, vecino de Basima que vive con el VIH/sida, perdió su puesto de trabajo en una fábrica de zumos hace cinco años, cuando el médico envió una nota a su empleador dándole a conocer su condición. Ramón, que no sabe leer, no sabía que la nota del médico revelaba su estado ni que los documentos que recibió de su empleador marcaban la terminación de su contrato. Sólo se enteró cuando volvió al médico con toda la documentación, y éste lo puso en conocimiento de su situación y del despido.

La legislación nacional prohíbe tanto el despido laboral por la condición serológica como que las pruebas de VIH/sida sean un requisito para conseguir el empleo o para conservarlo. Un informe publicado por *Human Rights Watch* en 2004 documentaba casos de personas que habían sido despedidas tras hacerse las pruebas, o a las que se realizaron pruebas como parte del proceso de solicitud de empleo y no lo consiguieron, y que posteriormente descubrieron que eran seropositivas. La investigación realizada por AI también puso de manifiesto que, en ocasiones, se realiza la prueba de VIH/sida como parte del proceso de solicitud de trabajo, frecuentemente sin el consentimiento ni el conocimiento de la persona.

Rara vez se aplican sanciones cuando se viola algún derecho. Felicia, de 32 años, llevó su caso más lejos que la mayoría al presentar una denuncia oficial contra su ex empleador. Felicia trabajaba de conductora de autobús en Santo Domingo cuando, según informes, su empleador pidió a todo el personal que acudiera a una clínica a realizarse unas pruebas para determinar su estado de salud. Después de esperar varias horas en el despacho, un médico de la empresa le indicó que había un problema con su prueba y con su sangre y había que repetirle el análisis. En ese momento ignoraba que le habían hecho la prueba del VIH: se le dijo que tenía una infección en la sangre. El médico y el director de la empresa fueron quienes le anunciaron conjuntamente en su despacho la “infección en la sangre”.

Felicia se enteró de que había sido una prueba del VIH cuando se la repitieron en la clínica de la Cruz Roja. Ella y 19 personas más que trabajaban en su empresa perdieron el trabajo al conocerse los resultados positivos de las pruebas de VIH. “Cuando el médico de la empresa entró en el despacho”, contó Felicia a AI, “dijo que todos los que estaban allí iban a morir y que había que despedirlos”. Felicia acudió a los medios de comunicación y a la Secretaría de Estado de Trabajo y contrató un abogado para presentar cargos. Sin embargo, el letrado le aconsejó que no lo hiciera, así que finalmente aceptó un acuerdo extrajudicial.

Acceso a información y prevención

Cartel sobre el sida en una carretera dominicana. © AI

Jóvenes

En el colegio, la maestra nos dijo que no compartiéramos el agua ni bebiéramos de la misma taza o comiéramos del mismo plato porque podíamos contagiarnos de VIH o de otras enfermedades.

Niña de 12 años de Basima, seropositiva.

El acceso a información completa es un componente clave para el éxito de cualquier estrategia de prevención en la lucha contra el VIH/sida. En el curso de su investigación en la República Dominicana, AI halló escasos materiales de comunicación disponibles sobre VIH/sida, sobre todo para la juventud. Un

informe de 2002 realizado por el Grupo de Cooperación al Desarrollo Económico del Caribe (CGCED, por sus siglas en inglés) resaltaba la pronta aparición de la actividad sexual en los países caribeños, entre ellos la República Dominicana, y la necesidad de impartir una educación sexual completa desde una edad temprana,⁹² como medio eficaz de combatir embarazos precoces, enfermedades de transmisión sexual y la diseminación del VIH/sida.

En 2004, tras la intervención del cardenal –máximo representante de la Iglesia Católica en el país–, se prohibieron los preservativos en los centros escolares. Casi todos los jóvenes entrevistados por AI recibían alguna información sobre asuntos de sexo y enfermedades de transmisión sexual en los centros de enseñanza, con frecuencia por parte de alguna ONG o un promotor de salud, pero no incluía nada sobre el uso de preservativos.

En relación con la República Dominicana, el Comité de los Derechos del Niño expresaba en 2001 “su preocupación por las altas tasas de embarazo de adolescentes [...]; la falta de acceso de los adolescentes a educación y servicios de asesoramiento en materia de salud genésica, hasta fuera de las escuelas; el aumento de la tasa de VIH/SIDA, enfermedades sexualmente transmisibles [...] entre los niños y los adolescentes”.⁹³ AI habló con varios alumnos y alumnas de colegios que creían que el VIH podía transmitirse al compartir agua o cubiertos con una persona que vive con el VIH/sida. En su investigación, AI halló que los motivos de preocupación planteados por el Comité no habían perdido vigencia.

La influencia de la Iglesia Católica se ve reforzada por las condiciones impuestas por el gobierno de Estados Unidos para su financiación de la lucha contra el VIH/sida. El relativo énfasis puesto sobre la abstinencia y la fidelidad, especialmente en las iniciativas dirigidas a la juventud, limita el número de preservativos que pueden adquirirse con fondos proporcionados por la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID, por sus siglas en inglés). La política de financiación estadounidense también repercute en los programas de educación sexual y de intervención con jóvenes, que no pueden promover medidas de protección ni métodos de anticoncepción, a pesar de los estudios de comportamiento, según los cuales las mujeres y varones jóvenes son sexualmente activos y necesitan tomar las precauciones necesarias.

Existen considerables obstáculos sociales para que los jóvenes, sobre todo las mujeres, puedan obtener preservativos en la República Dominicana. Éstos sólo se distribuyen en ONG (no financiadas por Estados Unidos) o en clínicas de planificación familiar, o se adquieren en farmacias y establecimientos comerciales pequeños. Un observador entrevistado indicó que el estigma era tal que una mujer no podía entrar en una farmacia y pedir un preservativo porque los demás podían presuponer que era una profesional del sexo. AI entrevistó a varios educadores y jóvenes sobre el uso de preservativos y, aunque casi todos los conocían y sabían que prevenían la transmisión del VIH, todos corroboraron que las mujeres no podían pedir ni comprar preservativos. De las más de 20 mujeres entrevistadas por AI, ninguna dijo haber solicitado servicios de salud reproductiva ni ninguna clase de protección antes de quedar embarazada.

Las mujeres en los bateyes

Las mujeres de los bateyes corren especial riesgo de contraer VIH/sida. A menudo carecen de recursos económicos y esto aumenta las probabilidades de que ellas y sus hijos tengan que depender, para sus ingresos y bienestar, de sus maridos o parejas. Las organizaciones que trabajan en estas comunidades han

⁹² Grupo de Cooperación al Desarrollo Económico del Caribe, *Youth Development in the Caribbean*, Banco Mundial, 2002. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDS_IBank_Servlet?pcont=details&eid=000094946_02081004003882.

⁹³ Observaciones finales del Comité de los Derechos del Niño, República Dominicana, doc. ONU CRC/C/15/Add.150 (2001), [http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/\(Symbol\)/CRC.C.15.Add.150.Sp?OpenDocument](http://www.unhcr.ch/tbs/doc.nsf/(Symbol)/CRC.C.15.Add.150.Sp?OpenDocument)

informado de un aumento del número de varones que permanecen alejados de los bateyes durante períodos prolongados porque se marchan a trabajar, especialmente en el sector de la construcción, a otras regiones del país mientras las mujeres se quedan en casa.

Muchas mujeres transmitieron a AI la imposibilidad de obligar a sus maridos o parejas estables a utilizar preservativos por miedo a que ello pusiera en peligro la única fuente de ingresos y supervivencia tanto para ellas como para sus hijos. Con la mayor movilidad y migración de los varones dentro y fuera de los bateyes, las mujeres corren un mayor riesgo de contraer VIH/sida ya que sus maridos o parejas estables tienen más probabilidades de mantener relaciones sexuales promiscuas durante sus prolongados períodos de ausencia del hogar. Cuando las mujeres no pueden imponer el uso de preservativos en este tipo de situación, el hecho de que sólo tengan una pareja sexual o de que su relación sea estable no las protege contra el VIH/sida. Son muy pocas las iniciativas encaminadas a abordar esta situación concreta, y muchas de las mujeres encuestadas mencionaron la necesidad de reforzar el trabajo realizado con los hombres y conseguir que éstos participen.

El estigma en torno al VIH/sida es elevado en los bateyes, y la información errónea persiste. Muchas de las personas que viven con el VIH/sida entrevistadas por AI no hablaban abiertamente de su condición con miembros de la comunidad. Las UNAPS de los bateyes a los que se desplazó AI no disponían de carteles ni de material informativo. Los debates en grupo pusieron de manifiesto que la gente carecía de información sobre tratamientos y no estaba segura de cómo se transmitía el virus. Algunas de las mujeres que viven en los bateyes no saben leer o sólo hablan criollo, lo que reduce su capacidad de conocer las campañas de información dirigidas al público en general. Según un promotor de salud del batey de Basima, antes de la participación de las ONG no había información, ni los representantes del gobierno trabajaban con las comunidades.

Conclusiones

A pesar del éxito manifiesto en la reducción de las tasas de infección, sobre todo en mujeres embarazadas y en profesionales del sexo, AI teme que, según las cifras aportadas por el gobierno, casi el 70 por ciento de todas las personas que necesitan tratamiento antirretroviral para salvar la vida en la República Dominicana no lo estén recibiendo, pese a la subvención aportada por el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria para financiar una respuesta completa al VIH/sida.

Con frecuencia es la población pobre y marginada la que no tiene acceso al tratamiento y la asistencia para el VIH/sida debido a los obstáculos económicos y físicos. Cuando hay servicios de salud disponibles, el coste del transporte a la clínica u hospital o de las consultas médicas a menudo impide el acceso de la población al tratamiento que necesita. A muchas personas también se les niega el acceso a información sobre la disponibilidad de tratamientos. Los servicios de salud son a menudo deficientes: algunos centros de salud carecen de los medios más elementales, como agua corriente y medicamentos básicos. El mantenimiento de historiales médicos es deficiente o simplemente no existe. Las pruebas de VIH no están disponibles de inmediato en muchas zonas, a menos que se realicen a través de una ONG.

El derecho a la intimidad se vulnera frecuentemente en lo que respecta a las pruebas de VIH. A pesar de las claras directrices jurídicas y clínicas que protegen la confidencialidad de los pacientes, esta práctica parece estar muy extendida. Cuando se viola el derecho a la intimidad no existen mecanismos para resarcir en casos individuales.

AI descubrió casos de discriminación contra personas que viven con el VIH/sida en el sector laboral, o casos de personas que fueron obligadas a hacerse pruebas por su empleador sin consentimiento o como

requisito de su trabajo. La legislación contra la discriminación al parecer no proporciona un resarcimiento efectivo.

Las mujeres, las personas jóvenes y comunidades enteras carecen de acceso a una prevención adecuada, lo que incluye información completa, educación sexual y métodos de prevención que les permitan protegerse de la infección. Cuando las ONG prestan servicios de prevención, las condiciones impuestas por los donantes a veces limitan el suministro de información completa.

Para frenar la diseminación del VIH/sida e impedir nuevas infecciones por VIH, el gobierno de la República Dominicana y los demás gobiernos que respaldan la respuesta al VIH/sida en ese país deben adoptar medidas urgentes que garanticen que sus políticas y programas respetan el derecho a la salud y los factores subyacentes que la determinan –entre ellos, información completa y métodos de barrera– de todas las personas, especialmente las mujeres y los jóvenes.

En opinión de AI, la situación con respecto a la falta de tratamiento, de acceso a servicios de salud, de información y de métodos de prevención en las comunidades de los bateyes resulta especialmente preocupante. La situación parece ser bastante peor que en otras zonas del país y sugiere que el gobierno desatiende la población de los bateyes. AI no encontró indicios de que existan oportunidades para los miembros de estas comunidades de participar de manera significativa en la elaboración de políticas y programas destinados a combatir el VIH/sida.

El VIH/sida y la respuesta a él en la República Dominicana reflejan las desigualdades subyacentes en la sociedad dominicana. Los sectores desfavorecidos y marginados de la sociedad carecen de representación y de capacidad para dar a conocer sus problemas. A menos que se respeten, se protejan y se hagan efectivos los derechos de las personas, éstas continuarán contrayendo una enfermedad fácil de prevenir y muriendo prematuramente a causa de ella a pesar de ser tratable.

Recomendaciones sobre la República Dominicana

A COPRESIDA:

- Tomar medidas inmediatas para garantizar que toda la población, incluidos los migrantes haitianos y los dominicanos de origen haitiano, tengan acceso a medicamentos básicos para el VIH/sida, como antirretrovirales y tratamientos para infecciones oportunistas, y elaborar una estrategia a largo plazo que garantice la sostenibilidad del programa de tratamiento del VIH/sida en la República Dominicana.
- Garantizar la participación auténtica y significativa de las personas que viven con el VIH/sida y de las personas afectadas por la enfermedad, incluidos migrantes haitianos, dominicanos de origen haitiano, jóvenes y mujeres, en todas las decisiones sobre políticas, programas y financiación relacionadas con el VIH/sida, incluidas las respuestas del sector de salud.

Al gobierno de la República Dominicana:

Atención de la salud

- Tomar medidas para garantizar, de forma progresiva, que la atención de la salud esté disponible y resulte accesible, aceptable y de calidad adecuada para toda la población, sobre todo para jóvenes, mujeres y personas que viven en los bateyes, reforzando los servicios de salud.

Disponibilidad

- Garantizar la creación de un servicio de salud integrado en todo el país, dando prioridad a las zonas más necesitadas, entre ellas las rurales y sobre todo los bateyes. El servicio debe abarcar servicios de salud sexual y reproductiva completos, medicamentos básicos adecuados, agua potable y saneamiento.
- De forma progresiva, garantizar el suministro de herramientas para la prevención de VIH/sida a toda la población.
- De forma inmediata, garantizar que todas las pruebas se hagan con consentimiento plenamente informado, incluyan asesoramiento previo y posterior a las mismas y se realicen de conformidad con las normas recogidas en las Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos. De forma progresiva, garantizar que las pruebas del VIH estén al alcance de toda la población y vinculadas a la debida prestación de tratamiento, asistencia y apoyo.

Accesibilidad

- Utilizar los máximos recursos disponibles, incluido los obtenidos a través de la cooperación y asistencia técnica internacional, para garantizar que nadie se quede sin acceso a servicios de salud esenciales por no poder pagarlos y dar prioridad a las personas desfavorecidas, entre ellas las que viven en bateyes, para acceder a los servicios de salud. Eliminar los obstáculos que impidan el acceso a la prevención y la asistencia del VIH, como los costes del transporte, las pruebas del VIH, las consultas médicas, y los medicamentos antirretrovirales.

Aceptabilidad

- Respetar y proteger el derecho a la intimidad en todos los entornos de asistencia médica, garantizando la confidencialidad de la condición serológica, adoptando y aplicando directrices claras y sanciones adecuadas a quienes las vulneran. Garantizar el mantenimiento de historiales médicos adecuados y confidenciales en todos los centros de salud.
- Promover la aplicación en la profesión médica de protocolos médicos y directrices estándar del VIH/sida, entre ellos los relacionados a pruebas, programas de prevención de la transmisión materno infantil y de tratamiento, y programas de prevención en hospitales; tomar medidas para garantizar que todas las personas que ejercen la medicina están inscritas en el Colegio Médico.

No discriminación contra las personas que viven con el VIH/sida

- Tomar medidas inmediatas para poner fin a todas las formas de discriminación contra las personas que viven con el VIH/sida, como la discriminación y las pruebas obligatorias en el sector laboral, incluso mediante la reforma de la Ley 55-93 sobre el Sida, y adoptar sanciones claras contra los particulares y empresas del sector privado que incumplan la legislación. Garantizar que, cuando las personas que viven con el VIH/sida sufran una vulneración de sus derechos, debido, entre otras cosas, a discriminación o a la violación de su derecho a la intimidad, existan mecanismos accesibles de reparación.

No discriminación contra las personas de origen haitiano

- Tomar medidas inmediatas para poner fin a todas las formas de discriminación contra los dominicanos de origen haitiano y los migrantes haitianos de la República Dominicana, y contra cualesquiera otras personas por motivos de raza, color, origen, nacionalidad o etnia. El gobierno ha de tomar medidas urgentes que permitan a las personas de origen haitiano disfrutar de sus derechos económicos, sociales y culturales sin discriminación, tal y como se recoge en las observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CERD/C/304/Add.74, 26 de agosto de 1999). También debe cooperar con el Comité presentando los tres informes retrasados (de 2000, 2002 y 2004).

Activistas y organizaciones de la sociedad civil

- Reconocer la importancia del trabajo realizado por activistas y organizaciones no gubernamentales a la hora de ofrecer ayuda y apoyo a las personas que viven con el VIH/sida, y garantizarles la libertad necesaria para llevar a cabo su labor sin temor a sufrir hostigamiento ni intimidación.

Información y educación

- Garantizar que todos los jóvenes de la República Dominicana tengan acceso a información completa y a herramientas de prevención, lo que incluye introducir una educación sexual completa en todos los centros de enseñanza públicos.
- De forma progresiva, garantizar la disponibilidad y accesibilidad de una información completa y adecuada para toda la población, sobre todo para los jóvenes, las mujeres y las personas que viven en los bateyes.

Igualdad de género

- Garantizar el pleno respeto de los derechos de las mujeres, y sobre todo garantizar que las mujeres puedan protegerse contra la infección por VIH y que, una vez infectadas, tengan igualdad de acceso al tratamiento adecuado, asistencia y servicios de apoyo, lo que incluye respaldar el desarrollo de un método de prevención controlado por la mujer, ejercer la debida diligencia para prevenir, investigar y castigar todas las formas de violencia contra las mujeres y garantizar que los programas de VIH/sida relacionados con las mujeres, incluidos los de prevención de la transmisión materno infantil, incluyan a los hombres.

Compromiso internacional con el derecho a la salud

- Reconocer la importancia del derecho a la salud y ratificar de inmediato el Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.

Recomendaciones a los gobiernos de Estados Unidos y de otros países, y a los donantes

- Garantizar que los esfuerzos por responder al VIH/sida respeten, protejan y hagan efectivos los derechos humanos, sobre todo el derecho a la salud, y los derechos de las mujeres, así como las disposiciones de la Carta de la ONU y de la Constitución de la OMS.
- Garantizar que toda la financiación aportada en apoyo de la respuesta al VIH/sida en otros países no contravenga las obligaciones contraídas por los Estados receptores en virtud de las normas internacionales de derechos humanos.
- Reafirmar el compromiso con las Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos, y garantizar que el diseño y la aplicación de respuestas al VIH/sida estén en consonancia con la orientación que se recoge en las mismas.

El VIH/sida y los derechos humanos en Guyana

Shirini: la vida como seropositiva en Guyana

Shirini⁹⁴ tiene 32 años, vive en las afueras de Georgetown y está casada. Tiene siete hijas. “Descubrí que lo tenía, que era seropositiva, en 2004”, dijo a AI. “Me contagié de mi marido [...] me enteré cuando la chica con la que él salía nos dijo que tenía VIH y que yo debía hacerme la prueba porque ella había tenido relaciones con mi marido”. Shirini añadió: “Antes de saberlo nunca había usado preservativos. Pensaba que mi marido me era fiel y yo le era fiel a él. Ahora usamos preservativos, nos los dan en la clínica”.

Shirini no sigue ningún tratamiento antirretroviral pero acude a la clínica de Georgetown una vez al mes para hacerse una revisión y asistir a terapia de grupo. “No es la [clínica] más cercana a donde vivo, pero ahí me siento más cómoda”.

Prácticamente ninguna de sus hijas sabe que ella y su esposo son seropositivos. “Las mayores ya lo saben, pero nunca comentan nada”. Shirini no se lo ha dicho a muchas personas de su comunidad. “Creo que la gente lo sabe. Oyen rumores, pero, la mayoría de la gente, cuando se enteran [de lo del VIH/sida], sigue sin reconocerlo. La gente debe saber que incluso así es posible seguir viviendo”.

Información general

Guyana es uno de los países caribeños más afectados por el VIH/sida. ONUSIDA estima que el 2,5 por ciento de la población –unas 11.000 personas– es seropositiva.⁹⁵ Entre 2.500 y 3.000 personas necesitan tratamiento antirretroviral, y de ellas, lo reciben unas 1.300, según informa el gobierno.

Guyana tiene una población aproximada de 800.000 habitantes, concentrados en su mayoría en la capital, Georgetown, y sus alrededores y en una franja de tierra relativamente estrecha a lo largo de la costa.⁹⁶

Guyana es uno de los países más pobres de la región. Más del 30 por ciento de la población vive por debajo del umbral nacional de pobreza, siendo éste el único país del Caribe que pudo acogerse al alivio de la deuda en el marco de la Iniciativa para los Países Pobres muy Endeudados (PPME).⁹⁷ La zona próxima a la capital disfruta de un nivel económico relativamente superior al resto del país. Ello ha dado lugar a un aumento de la migración desde el interior hacia la costa y la capital. También hay un nivel constante de migración de guyaneses con la debida formación y especialización a países más ricos del Caribe, Europa y Norteamérica. La migración del norte de Brasil y Venezuela a Guyana también ha aumentado con la entrada de trabajadores que buscan empleo en las minas de oro y bauxita. La diseminación del VIH/sida, principalmente a través de la industria del sexo en zonas mineras, es un motivo de preocupación cada vez mayor.



Mapa de Guyana. © Golbez

⁹⁴ Nombre ficticio; AI conoce su nombre verdadero

⁹⁵ OMS, *Epidemiological Fact Sheet Guyana 2004 Update*, Ginebra 2004. Disponible en: http://www.who.int/3by5/support/EFS2004_guy.pdf.

⁹⁶ Según el Departamento de Estadística de Guyana, aproximadamente el 85,1 % vive en las regiones costeras. Véase http://www.hiv.gov.gy/gp_hiv_gy.php#care.

⁹⁷ En América Central son tres los países acogidos a la iniciativa PPME, pero ningún otro en el Caribe.

La población del país se compone principalmente de grandes grupos étnicos indoguyanenses y afroguyanenses, y de una minoría amerindia indígena. Las religiones más importantes de Guyana son el hinduismo y el cristianismo. La política guyanesa está determinada en gran medida por las diferencias étnicas. El Partido Progresista Popular (PPP), que lleva en el poder desde 1992, cuenta con numerosos simpatizantes indoguyanenses, mientras que los del Congreso Nacional del Pueblo son principalmente afroguyanenses.

La división étnica en Guyana domina los asuntos de interés nacional y en ocasiones ha dado lugar a un conflicto abierto y a la violencia. Según un informe sobre Guyana presentado en 2004 por el relator especial de la Comisión de Derechos Humanos sobre las formas contemporáneas de racismo, discriminación racial, xenofobia y formas conexas de intolerancia, la polarización étnica no sólo ha distorsionado todos los aspectos y las formas de convivencia, sino que además ha perpetuado y reforzado un estado de subdesarrollo económico y social en detrimento de toda la sociedad.⁹⁸

El gobierno de Guyana ha convertido la lucha contra el VIH/sida en una prioridad política. También Guyana es uno de los 15 países que constituyen el foco de la iniciativa emprendida en 2003 por el presidente de Estados Unidos, George W. Bush, para luchar contra el VIH/sida – Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés)–.

La asistencia médica pública es gratuita, pero su infraestructura es débil. En general, la gran concentración de personas en las zonas costeras del país se traduce en una concentración de servicios de salud en ellas. Por el contrario, en muchas regiones del interior la asistencia médica es limitada. Algunas zonas del país están a más de seis horas de distancia por barco o a pie del centro de salud más próximo y, en consecuencia, están atendidas por una unidad de asistencia médica que sólo dispone de medicamentos básicos, como analgésicos. Los hospitales visitados por AI eran básicos, con un número reducido de instalaciones para pacientes y personal.

La migración de personal especializado, como profesionales de la medicina y la enfermería, en busca de trabajos mejor pagados en otros países caribeños, Europa y Norteamérica es uno de los retos más graves a los que se enfrenta el sector público de salud, y supone un obstáculo para la aplicación y el éxito del programa de tratamiento del VIH/sida de Guyana. En 2005, PEPFAR financió el envío a Guyana de nueve médicos voluntarios de la ONU para colaborar en el programa de tratamiento. Además, el gobierno cuenta con un programa de intercambio con Cuba, que ha enviado 22 médicos a Guyana. Con independencia de la ayuda que estas contribuciones puedan suponer para el sector público de salud, la escasez de profesionales de la salud locales especializados sigue siendo un problema.

En 2002 el gobierno lanzó un programa nacional de tratamiento del VIH/sida. A finales de noviembre de 2005, unas 1.300 personas del total de 3.000 que requerían tratamiento antirretroviral lo estaban recibiendo.⁹⁹

Guyana cuenta con un programa de prevención de la transmisión materno infantil del VIH/sida, y casi todas las pruebas de VIH se realizan a través de este programa. El Ministerio de Salud estima que actualmente el 50 por ciento de las mujeres embarazadas tiene acceso a estos servicios; el gobierno pretende aumentar el porcentaje al 100 por ciento lo antes posible.¹⁰⁰ Puesto que casi todas las pruebas se realizan en el marco de este programa, son sobre todo las mujeres, y no los varones, quienes descubren su condición serológica.

En junio de 2005, dos clínicas de cuidados prenatales comenzaron a ensayar con un protocolo por el que se hacían las pruebas a las mujeres a menos que indicaran su deseo de no someterse a ellas. Según

⁹⁸ Informe del relator especial, doc. ONU E/CN.4/2004/18/Add.1, 8 de enero de 2004.

⁹⁹ Entrevista al Ministro de Salud. No hay datos específicos por género sobre el acceso a fármacos antirretrovirales en el caso de Guyana.

¹⁰⁰ <http://www.hiv.gov.gy>.

estadísticas oficiales, el 90 por ciento de las mujeres de estas dos clínicas optaron por hacerse las pruebas de VIH. Este protocolo aumenta desproporcionadamente el número de mujeres que se hacen las pruebas de VIH/sida con respecto a los varones, lo que significa que la mayoría de las personas que saben que son seropositivas o cuya condición serológica es conocida son mujeres. Este factor hace que se corra el riesgo de considerar el VIH/sida una enfermedad femenina, y no una que afecta e infecta a todas las personas, con independencia del género. Analizar a las mujeres durante su embarazo significa que es la mujer quien da conocer la condición serológica en una relación de pareja o en el matrimonio. Las mujeres son consideradas como las introductoras del VIH/sida en el hogar, al ser ellas quienes revelan la condición a su pareja, y posiblemente sufren actos de violencia.

En la actualidad Guyana está revisando su legislación en materia de VIH/sida y se espera que el proyecto de ley definitivo se dé a conocer en 2006. Sin embargo, las elecciones están previstas para agosto de este año y se teme que ello pueda retrasar la aprobación de la legislación.

No hay una ley específica contra la discriminación por motivos de VIH/sida, pero el artículo 149 de la Constitución protege a las personas contra la discriminación del Estado y sus agentes. La Ley de Prevención contra la Discriminación cubre muchos aspectos relativos al empleo y protege a las personas contra la discriminación por motivos de discapacidad. En el momento de elaborarse este documento, no se tenía noticia de ninguna causa judicial vista en Guyana por motivos de VIH/sida ni de casos de personas que hubieran intentado obtener reparación judicial por discriminación asociada al VIH/sida.

En relación con la violencia sexual, la Asociación de Derechos Humanos de Guyana ha expresado su preocupación por la baja tasa de condenas en los casos denunciados de violación. En 2004 sólo se condenó al acusado en el 0,6 por ciento de los casos denunciados de violación (uno de 154), y sólo llegó a los tribunales el 3 por ciento de los casos de violación (20 de 647) denunciados a la policía de 2000 a 2004.¹⁰¹

La Política Nacional en Materia de Sida, aprobada por el Parlamento en 1998, abarca muchos de los aspectos jurídicos del VIH/sida, así como los protocolos clínicos. La Política expone el derecho de las personas que viven con el VIH/sida a obtener tratamiento y asistencia y prohíbe la obligatoriedad de las pruebas. Contiene una sección dedicada a los derechos y las responsabilidades y resalta la importancia de la intimidad y de la confidencialidad en el contexto del VIH/sida. Sin embargo, no existe legislación específica que abarque la índole confidencial de la condición serológica en Guyana.

La respuesta al VIH/sida en Guyana se basa en el Marco Estratégico Nacional 2002-2006, revisado en 2005 y a principios de 2006. Una Comisión presidencial, encabezada por el Presidente y compuesta por distintos ministerios y por miembros de la comunidad internacional, se encarga de su supervisión. Pero, según informes, al concluir 2005 la Comisión sólo se había reunido una vez.

El Ministerio de Salud es responsable de la prestación y supervisión de la atención pública de la salud, incluida la aplicación del programa nacional de tratamiento y el programa de prevención de la transmisión materno infantil del VIH/sida. En el seno del Ministerio, un organismo independiente, la Unidad de Desarrollo del Sector de la Salud (HSDU, por sus siglas en inglés), es el principal beneficiario de la máxima subvención en materia de VIH/sida recibida por Guyana. La Secretaría del Programa Nacional del Sida (NAPS, por sus siglas en inglés), agencia técnica responsable de coordinar la respuesta al VIH/sida en Guyana, también trabaja bajo el auspicio del Ministerio de Salud. Está a cargo de cuestiones tales como el desarrollo de directrices clínicas, la coordinación de su aplicación y vigilancia y la evaluación del funcionamiento del Ministerio. El Consejo Nacional del Sida es el órgano de la sociedad civil que engloba a los diversos grupos interesados.

La respuesta de Guyana al VIH/sida ha recibido atención y financiación significativa de la comunidad internacional. Las tres principales fuentes de financiación combinadas – PEPFAR, Banco

¹⁰¹ Asociación de Derechos Humanos de Guyana, *Without Conviction: Sexual Violence Cases in the Guyana Justice Process*, Guyana, 2005.

Mundial y Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria– aportaron entre todas un total estimado de 25 millones de dólares estadounidenses en 2005.

El Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA (PEPFAR) de Estados Unidos

PEPFAR se puso en marcha en 2003 por un período de cinco años y con un presupuesto total de 15.000 millones de dólares estadounidenses. En 2005, Estados Unidos destinó 19,4 millones de dólares a Guyana a través de esta iniciativa. La financiación de PEPFAR debe solicitarse y aprobarse anualmente en el Congreso de los Estados Unidos como parte del proceso anual de aprobación de presupuestos y, en consecuencia, está ligada a asuntos y consideraciones que atañen a la política interna de Estados Unidos. El dinero se destina a diversas actividades¹⁰² y ha ayudado a financiar programas de prevención de la transmisión materno infantil del VIH/sida para 5.700 mujeres y el tratamiento antirretroviral para 600 personas que viven con el VIH/sida en Guyana. Todas las actividades financiadas por PEPFAR son aplicadas directamente en cada país a través de una agencia local. En Guyana, la agencia local de PEPFAR es el Proyecto de Reducción y Prevención del VIH/sida en Guyana (GHARP, por sus siglas en inglés).

PEPFAR

PEPFAR impone unas condiciones de financiación muy estrictas y vigila a las organizaciones para asegurar que las cumplen.

Casi todos los fondos de PEPFAR (un 46 por ciento en el ejercicio económico 2005) se destinan a programas de tratamiento, entre ellos el antirretroviral y el tratamiento para infecciones oportunistas.¹⁰³ Sin embargo, en Guyana, al igual que en otras partes, el dinero aportado por PEPFAR para el tratamiento antirretroviral sólo puede utilizarse para adquirir fármacos de marca y no los genéricos, que son mucho más baratos. El gobierno de Guyana, en un esfuerzo por reducir al mínimo la dependencia de los fondos estadounidenses, ha convenido en adquirir con la financiación únicamente tratamientos y fármacos de segunda línea para niños (fórmulas pediátricas). Todos los demás fármacos antirretrovirales se piden a fabricantes genéricos con financiación del Fondo Mundial.

En los mensajes y los programas de prevención del VIH/sida, PEPFAR hace hincapié en la “abstinencia” y la “fidelidad”, en lugar de en el uso de “condones”. Un total del 33 por ciento de toda la financiación de PEPFAR en todo el mundo debe destinarse a programas que promuevan la abstinencia hasta el matrimonio.¹⁰⁴ Este enfoque, defendido por Estados Unidos, se basa en una estrategia conocida como “ABC, A= Abstinencia, B= Basarse en la fidelidad, C=Condón (*ABC, A= Abstinence, B= Be Faithful, C= Condom*). Los programas ABC presentan la abstinencia sexual hasta el matrimonio como única conducta aceptable para la juventud, y definen aquél exclusivamente como matrimonio heterosexual en una familia nuclear tradicional.

Estos programas se están promoviendo a pesar de que importantes estudios sobre su eficacia realizados por diversos departamentos del gobierno de Estados Unidos indican que, si bien los programas que defienden la abstinencia pueden retrasar la edad a la que los jóvenes comienzan a experimentar con el sexo, una vez que lo hacen, están menos preparados para tomar medidas que les protejan contra las enfermedades de transmisión sexual entre ellas el VIH, y contra los embarazos no deseados.¹⁰⁵

En virtud de PEPFAR, Estados Unidos ha modificado estas condiciones para otorgar mayor prioridad a A y B que a C. Sólo las poblaciones conocidas como “de alto riesgo” (definidas como aquellas

¹⁰² USAID, Country Profile – Guyana. Disponible en inglés en: http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/guyana.html.

¹⁰³ <http://www.state.gov/documents/organization/58270.pdf>

¹⁰⁴ *Ibíd.*

¹⁰⁵ Comité de Estrategias de Prevención del VIH de los Estados Unidos, Instituto de Medicina, *No Time to Lose: Getting More from VIH Prevention*, Washington, D.C., National Academy Press, 2001, pp. 118-20.

que incluyen a profesionales del sexo, varones que practican el sexo con varones, drogodependientes que utilizan jeringas y personas que viven con el VIH/sida sexualmente activas) son las elegidas como objetivo para promover el uso de preservativos. A otras, especialmente a los jóvenes, se les enseña a abstenerse del sexo y a ser fieles a la pareja, en lugar de proporcionarles herramientas de prevención, como preservativos. En 2005 Guyana no adquirió preservativos con los fondos recibidos de PEPFAR.¹⁰⁶

El problema que evidentemente presenta este enfoque es que, aunque las mujeres se abstengan de mantener relaciones sexuales hasta el matrimonio y sean fieles durante éste, como no tienen capacidad para controlar el comportamiento de sus esposos, acaban contagiándose de VIH/sida de todas las maneras.

Las organizaciones que reciben fondos de PEPFAR están obligadas a oponerse explícitamente a la prostitución.¹⁰⁷ Ello impide que muchas de las organizaciones que trabajan con profesionales del sexo reciban financiación, como las organizaciones que trabajan con profesionales del sexo para promover actividades sexuales seguras sin oponerse directamente a la industria del sexo. Los fondos PEPFAR no pueden destinarse a programas sobre intercambio de jeringas, a pesar de que estos han demostrado su eficacia a la hora de prevenir infecciones en drogodependientes y sus parejas.¹⁰⁸

El presidente George W. Bush ha reinstaurado un requisito (la “política de la Ciudad de México”) según el cual sólo puede destinarse fondos estadounidenses a organizaciones que no apoyen ni realicen abortos ni lleven a cabo estudios sobre ellos. Esta prohibición incluye a las organizaciones que proporcionan información a las mujeres sobre servicios de aborto seguros o que las derivan a otras en las que pueden obtener dicha información y servicios. Esta política de hecho excluye de la financiación a muchos proveedores de servicios de salud sexual y reproductiva, e impide que organizaciones beneficiarias de los fondos estadounidenses impartan una educación sexual completa.

Desafíos relacionados con el VIH/sida en Guyana

El gobierno de Guyana está en proceso de aplicar un programa nacional de tratamiento que es muy ambicioso y que incluye el suministro de tratamiento antirretroviral en entornos muy remotos. A pesar de esta tendencia positiva, la investigación realizada por AI pone de manifiesto una constante de violaciones de los derechos humanos, en particular de los relacionados a la salud, la no discriminación, la intimidad y la información.

Estigma e ideas falsas

No quiero que [mis vecinos] piensen que soy una de esas.

Mujer que vive con el VIH/sida, 31 de enero de 2006

El estigma y la discriminación de una persona por su condición serológica tienen muchas causas. Entre ellas están la falta de información adecuada sobre la diseminación de la enfermedad y los mitos acerca del VIH/sida, tales como la creencia errónea de que las personas que viven con el VIH/sida de alguna manera se lo “merecen” porque su conducta se aparta de la norma percibida, como en el caso, por ejemplo, de profesionales del sexo y de varones que practican el sexo con varones.

La influencia de la religión en la sociedad guyanesa es un importante factor determinante de la forma de percibir y abordar el VIH/sida. En un artículo publicado por el diario local *Stabroek News* en enero de 2006, clérigos de las principales religiones de Guyana declaraban que no defendían el uso de preservativos,

¹⁰⁶ <http://www.state.gov/documents/organization/58270.pdf>

¹⁰⁷ Rubinstein, L., y Friedman, E., “Human Rights and the President’s AIDS Initiative”, *Human Rights Magazine*. Colegio Estadounidense de Abogados, 2004. Véase <http://www.abanet.org/irr/hr/fall04/initiative.htm>.

¹⁰⁸ *Ibid.*

ni siquiera en el contexto concreto del VIH/sida, porque ello equivalía a aprobar la promiscuidad y el sexo no practicado con el fin exclusivo de procrear.¹⁰⁹ En el mismo artículo, los dirigentes religiosos también calificaban como pecado la homosexualidad. Todo ello pone de manifiesto no sólo las dificultades existentes a la hora de aplicar programas de prevención en Guyana, sino también el grado de estigma que sigue rodeando al VIH/sida.

Si bien los clérigos son libres de expresar su opinión públicamente, por cuestión de libertad de religión y conciencia y de libertad de expresión la política de Guyana en materia de salud pública debe regirse no por la religión o la moral, sino por la ciencia y el respeto al derecho a la salud, la vida y el acceso a información.

El estigma relacionado con el VIH/sida en las comunidades del interior es muy marcado. En una comunidad visitada por AI, una familia mantenía oculta a una joven sospechosa de ser seropositiva para impedir que la gente la viera o hablara con ella. La habían sacado del centro donde estudiaba y, según un miembro destacado de la comunidad, aunque estaba enferma no la habían llevado a un médico para que la examinara.

A pesar de las muchas campañas de información sobre el VIH/sida, en Guyana las ideas falsas prevalecen. Un estudio realizado en 2004 reveló que el 30 por ciento de los “jóvenes no escolarizados” pensaba que el VIH/sida podía transmitirse por la picadura de un mosquito, el 22,6 por ciento creía que el VIH/sida podía transmitirse al compartir alimentos con una persona infectada y el 22,9 por ciento sostenía que las personas que viven con el VIH/sida debían ser puestas en cuarentena. Entre el personal de la principal empresa productora de azúcar de Guyana, la información errónea estaba aún más extendida: el 30 por ciento creía que el VIH/sida podía transmitirse al compartir alimentos.¹¹⁰ Estas ideas falsas exacerbaban claramente el estigma y el temor que rodean al VIH/sida.

El estigma es el contexto en el que han prosperado la discriminación contra las personas que viven con el VIH/sida y otras violaciones de sus derechos humanos. En algunos casos, estas violaciones a su vez refuerzan el estigma, lo que da lugar a un círculo vicioso. Los apartados siguientes exploran el impacto que ello ha tenido en la vida de determinados grupos y en contextos específicos.

Población amerindia¹¹¹

Familia amerindia de Guyana. © AI

En Guyana hay alrededor de 63.000 amerindios, que, desde siempre, sufren discriminación.¹¹² Casi todos viven en las regiones Uno, Siete, Ocho y Nueve, el interior y la zona minera del país. Estas regiones están relativamente aisladas, y los amerindios tienden a quedar excluidos de la vida económica y política del país.

¹⁰⁹ O Alleyne, “Where the major religions here stand on homosexuality, condoms”, *Stabroek News*, 30 de enero de 2006.

¹¹⁰ Ministerio de Salud de Guyana, *Behavioural Surveillance Surveys, Executive Summary*, serie 1, vol. I, Guyana, 2003-2004.

¹¹¹ Si bien las recientes observaciones finales del Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial con respecto a Guyana (CERD/C/GUY/CO/14, 4 de abril de 2006, párr.10) recomendaban que “el Estado parte, en consulta con todas las comunidades indígenas afectadas, aclare si el término ‘amerindios’ es la expresión que prefieren esas comunidades, todos los miembros de la población indígena entrevistados por AI se referían a sí mismos como amerindios, y así lo refleja el lenguaje empleado en el presente documento.

¹¹² Véase Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial, comunicado de prensa, 3 de marzo de 2006.

Disponible en:

<http://www.unhchr.ch/hurricane/hurricane.nsf/0/8FED9490B1EDA7B9C1257129003210A4?opendocument>. Asociación de Pueblos Amerindios de Guyana, *A Plain English Guide To the Amerindian Act*, Guyana, 1998. Disponible en: <http://www.sdn.org.gy/apa/topic7.htm>.

La minería del oro ha dado lugar a la llegada al interior de personas procedentes de las zonas costeras de Guyana, y de Brasil y Venezuela. Se teme que esta migración aumente el riesgo de infección por VIH/sida. Encargados del establecimiento de políticas, representantes de la sociedad civil y miembros de la comunidad han descrito una proliferación del sexo como profesión entre las jóvenes amerindias en poblaciones próximas a las zonas mineras de las regiones Siete, Ocho y Nueve, y hay indicios de tasas de infección elevadas entre los mineros.¹¹³

Muchos amerindios viven en zonas a las que sólo se llega por avión, a pie o por barco. El suministro eléctrico se limita a un par de horas al día y no hay radio ni teléfonos. Por consiguiente, casi todas las noticias e información se transmiten a través de la comunicación interpersonal.

En la cultura amerindia prácticamente no existe el debate abierto sobre el sexo y la sexualidad. Es, pues, vital adaptar las iniciativas y los materiales de comunicación de manera que lleguen al público al cual se dirigen. En las unidades de asistencia médica, por ejemplo, los preservativos son gratuitos, pero encargados del establecimiento de políticas y personal de programas que trabajan con amerindios o en zonas del interior informaron a AI de que su uso no está extendido y de que los amerindios no se fían de ellos porque a veces piensan que se trata de una manera de controlar el crecimiento de su población.

Al concluir 2005, a AI no le constaba que se hubiera publicado información o distribuido materiales de comunicación sobre el VIH/sida en lenguas indígenas. Según el Ministerio de Asuntos Amerindios, en las zonas visitadas por varias ONG se había distribuido información sobre el VIH/sida en inglés, pero las actividades de sensibilización en las comunidades amerindias organizadas por el gobierno sólo comenzaron en 2006. La investigación realizada por AI en varias comunidades amerindias puso de manifiesto que persistían ideas falsas sobre el VIH/sida. Por ejemplo, en un debate en grupo celebrado con mujeres y hombres de Campbelltown, cerca de la capital regional, Mahdia, los participantes afirmaron que creían que la transmisión del virus se producía al compartir cubiertos y agua.

En muchas de las comunidades visitadas por AI, trabajadores de salud y miembros destacados de la comunidad describieron como un problema la falta de información y herramientas de comunicación. La Asociación de Pueblos Amerindios también expresó la necesidad de recibir información adecuada de carácter más local. Uno de los problemas señalados, conjuntamente con la escasa cantidad de materiales de información disponibles, es que en muchas de las imágenes y de los materiales la representación de los amerindios es incorrecta. Los materiales de comunicación a menudo están financiados y creados por agencias donantes externas, y una de las organizaciones locales señaló que una de las barreras que impedían realizar una labor de prevención eficaz eran las escasas oportunidades que tenían los habitantes de la zona de colaborar. La falta de centros de enseñanza secundaria en las zonas en las que vive la mayor parte de los amerindios también significa que muchos niños y niñas no reciben educación, incluida educación sexual, que imparta la formación práctica necesaria para desenvolverse en la vida y ayude a reducir la vulnerabilidad de los jóvenes al VIH/sida.

Según la Secretaría del Programa Nacional de Sida de Guyana, para una gran parte de la población de la región Siete, y en las regiones Uno, Ocho y Nueve, el tratamiento antirretroviral y el tratamiento de infecciones oportunistas relacionadas con el VIH/sida prácticamente no existe. En algunas de las zonas más apartadas, el gobierno tiene previsto introducir el tratamiento en 2006 mediante servicios médicos móviles.

Casi todas las comunidades rurales cuentan con una unidad de asistencia médica dotada de un trabajador médico. Los hospitales de distrito, que a menudo están a dos o tres horas de distancia a pie o por barco, disponen de medicamentos básicos, como analgésicos, pero según los informes disponibles, rara vez dispensan antibióticos o fármacos más avanzados. El tratamiento de la malaria, máximo problema de salud de la zona, y de otras enfermedades, como la tuberculosis, sólo está disponible en hospitales regionales muy alejados de las poblaciones. Las unidades de asistencia médica no están equipadas para ofrecer servicios

¹¹³ Según una encuesta realizada a mineros en 2000. Ministerio de Salud, *BSS Survey*, introducción, p.3., Guyana, 2000.

completos de salud sexual y reproductiva que incluyan pruebas de VIH. Estas pruebas no fueron accesibles para la mayoría de las comunidades amerindias hasta 2005, año en que empezaron a realizarse algunas en clínicas móviles patrocinadas por GHARP, la agencia local de PEPFAR.

Aparte del ministro de Asuntos Amerindios, los pueblos indígenas casi no están representados en ninguno de los órganos encargados del establecimiento de políticas para la respuesta al VIH/sida. El Ministerio de Asuntos Amerindios creó una sección de VIH/sida que comenzó a compilar un plan estratégico en enero de 2006. Sin embargo, en el momento de elaborarse este documento, la práctica totalidad de los programas y actividades destinados a prevenir el VIH/sida en las comunidades amerindias o a aliviar su impacto en ellas habían sido diseñados y aplicados por ONG.

Mujeres

Según cifras aportadas por el gobierno, la mayoría de las personas menores de 24 años que viven con el VIH/sida en Guyana son mujeres.¹¹⁴ Las mujeres, especialmente las jóvenes, cuyo aparato reproductor aún no está totalmente desarrollado, corren riesgo especial de infección por VIH. Sin embargo, además de los motivos biológicos, existen diversos factores sociales que exponen a las mujeres a un mayor riesgo de contraer VIH.

La Constitución de Guyana prohíbe la discriminación por motivos de género,¹¹⁵ y más del 30 por ciento de los miembros del Parlamento son mujeres.¹¹⁶ Sin embargo, el salario de las mujeres es considerablemente inferior al de los hombres.¹¹⁷ ONUSIDA ha señalado que la falta de acceso de las mujeres a los recursos económicos afecta su capacidad de protegerse contra el VIH/sida. La dependencia económica de las mujeres de sus maridos o parejas puede ser uno de los motivos por los que se sienten sin fuerzas para insistir en el uso de preservativos o para negociar la fidelidad y la abstinencia, porque temen sufrir violencia o represalias que pongan en peligro la única fuente de ingresos y supervivencia que tienen tanto ellas como sus hijos.¹¹⁸ Otros factores, como las obligaciones religiosas, sociales y culturales, también pueden repercutir en la capacidad de las mujeres de negociar el uso de preservativos, la fidelidad o la abstinencia. AI recibió testimonios de varias mujeres que habían sido infectadas por sus maridos o parejas estables. Ello pone de manifiesto la necesidad de herramientas de prevención que las mujeres puedan controlar de forma independiente, como por ejemplo los microbicidas.

No abundan datos sobre la violencia contra las mujeres en Guyana, pero el número de denuncias de violencia doméstica y de género es elevado. En 2004 las autoridades recibieron 2.395 denuncias de violencia doméstica y, según informes, en 2005 murieron 30 mujeres por actos de violencia de género.¹¹⁹ Aunque se han tomado algunas medidas para introducir una legislación adecuada, la Asociación de Derechos Humanos de Guyana ha expresado su temor por el bajo número de condenas por violación, y ha planteado dudas acerca de la eficacia del sistema judicial a la hora de abordar la violencia doméstica y sexual.¹²⁰

¹¹⁴ Gobierno de Guyana, Programa Nacional de Sida. Véase http://www.hiv.gov.gy/gp_hiv_gy.php#epi. Marzo de 2006.

¹¹⁵ Constitución de Guyana, artículo 149, párr. 2.

¹¹⁶ PNUD, Índice de Desarrollo Humano, Guyana. Disponible en inglés en: http://hdr.undp.org/statistics/data/country_fact_sheets/cty_fs_GUY.html.

¹¹⁷ Los ingresos salariales medios estimados de una mujer en Guyana son de 2.426 dólares estadounidenses, frente a una media global de PIB per capita de 4.230 dólares estadounidenses, lo que significa que la razón por ingresos salariales entre varones y mujeres es de 0,39. Fuente: *Ibíd.*

¹¹⁸ ONUSIDA, Coalición Global sobre Mujeres y Sida (2005), *Economic security for women key to VIH prevention*. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/BriefingNote/2006/20060308_BN_GCWA_en.pdf.

¹¹⁹ Asociación de Derechos Humanos de Guyana, *Without Conviction: Sexual Violence Cases in the Guyana Justice Process*, p. 5, Guyana, 2005.

¹²⁰ *Ibíd.*, p.5.

En situaciones de violencia sexual, las mujeres no sólo son incapaces de recurrir a medidas de protección, sino que además las heridas producidas por estos actos de violencia también pueden aumentar el riesgo de infección a través de los tejidos lesionados. El VIH/sida también aumenta el riesgo de violencia para las mujeres. La introducción de un protocolo, descrito anteriormente, que permite hacer las pruebas de VIH/sida en las clínicas prenatales a todas las mujeres mientras no indiquen lo contrario es uno de los motivos por los que ha aumentado desproporcionadamente el número de mujeres frente al de hombres que conocen su condición serológica. Las mujeres con resultados positivos en la prueba de VIH temen sufrir violencia a manos de sus parejas al revelarles su condición. Un médico de una clínica prenatal informó a AI de que algunas mujeres embarazadas con pruebas positivas sólo vuelven a la clínica cuando están embarazadas por segunda vez, sin haber dado a conocer los resultados de las pruebas a sus compañeros por temor a sufrir violencia.

Según informes, la vulnerabilidad de las mujeres se agrava por la ausencia de servicios de salud sexual y reproductiva en Guyana, que constituyen una vía fundamental de llegar a las mujeres antes del embarazo y de proporcionarles información y herramientas de prevención que las protejan contra el VIH/sida. Unos servicios integrales de salud sexual y reproductiva también ayudann a garantizar el tratamiento contra otras enfermedades de transmisión sexual que, si no se tratan, pueden aumentar el riesgo de contraer VIH/sida. Estos servicios incluyen el asesoramiento sobre el aborto y sobre el uso de preservativos y otros métodos de barrera para jóvenes. Sin embargo, las organizaciones que proporcionan servicios integrales de este tipo no reciben financiación del gobierno de Estados Unidos. A pesar de la enorme cantidad de fondos que se destinan a Guyana para la prevención del VIH/sida, una importante ONG que presta servicios integrales de salud sexual y reproductiva cobra una cuota de usuario a sus clientes alegando la falta de financiación global.

Varones que practican el sexo con varones

La homosexualidad masculina constituye delito en Guyana.¹²¹ A finales de los años noventa la tasa de infección por VIH en varones que practican el sexo con varones se estimaba del 21,2 por ciento.¹²² Según informes, la discriminación contra varones identificados como gays o varones que practican el sexo con varones es generalizada en Guyana. Los espacios culturales o sociales en los que varones gays o varones que practican el sexo con varones puedan conocerse o reunirse abiertamente no existen. Representantes de organizaciones de lesbianas, gays, bisexuales y personas transgénero (LGBT) han informado de que a las personas pertenecientes a este colectivo les es imposible vivir su sexualidad abiertamente, incluso con amigos y familiares.

Con la aparición de la epidemia de VIH/sida, la representación de la enfermedad como una “peste gay” hizo que el VIH/sida se asociara en gran medida a la homosexualidad masculina. La intensa discriminación contra varones que practican el sexo con varones reforzó el estigma asociado a la enfermedad. De manera similar, el temor y el estigma asociados a la enfermedad han exacerbado la arraigada hostilidad social hacia las personas del colectivo de LGBT.

En 2003, durante el debate celebrado para revisar el artículo 149 de la Constitución, que aborda la discriminación, la Sociedad Contra la Discriminación por la Orientación Sexual y otras organizaciones de la sociedad civil intentaron que se prohibiera la discriminación por motivos de orientación sexual, pero tras la protesta pública que suscitó este intento, se retiró la propuesta de enmienda correspondiente.

La criminalización de la homosexualidad masculina dificulta la tarea de garantizar a los varones que practican el sexo con varones el acceso a programas de tratamiento, asistencia y prevención. Una organización no gubernamental guyanesa de apoyo a los varones que practican el sexo con varones, las

¹²¹ Ley de Medidas Penales de Guyana, párrs. 531-533.

¹²² Gobierno de Guyana, Programa Nacional de Sida.

http://www.hiv.gov.gy/gp_hiv_gy.php?PHPSESSID=8847b264892a267cdb117ba1665f86d9#epi

mujeres que practican el sexo con mujeres y los profesionales del sexo aún no ha conseguido su licencia como ONG, requisito indispensable para recibir financiación. El temor a ser percibido como gay aumenta las probabilidades de que los varones practiquen el sexo con mujeres a fin de ocultar su orientación sexual, y con ello aumentan su propio riesgo de infección y el de su pareja. En una encuesta realizada en 2004, el 84 por ciento de los varones que practicaban el sexo con varones declararon haberlo practicado también con mujeres.¹²³

Discriminación en el trabajo

Una de las áreas en que las personas afectadas por VIH/sida sufren discriminación con más frecuencia en Guyana es el trabajo. AI recibió varias denuncias de casos de personas despedidas presuntamente por su empleador tras saberse que eran seropositivas. Aunque no existen datos sobre el número de casos de personas despedidas por su condición serológica, organizaciones de la sociedad civil locales y encargados del establecimiento de políticas informaron reiteradamente que el despido de empleados, especialmente en el sector de servicios y hostelería, era frecuente.

Casi todas las personas que viven con el VIH/sida sin ocultarlo y que fueron entrevistadas por AI para su investigación estaban trabajando para organizaciones de VIH/sida. Un varón que vivía con el VIH/sida y que trabajaba en las fuerzas policiales dijo que no quería que sus compañeros conociesen su condición ya que temía que lo despidieran.

Una mujer de 35 años, residente en Georgetown, que había descubierto su seropositividad en 1997 dijo a AI que su mayor preocupación era no poder alimentar adecuadamente a sus hijos. Le era imposible encontrar trabajo y vivía de una pensión por invalidez que cobraba del Estado equivalente a 100 dólares estadounidenses al mes. En el sector de la alimentación hay muchos puestos vacantes, pero su condición serológica le impide obtener el certificado de manipuladora de alimentos. Está convencida de que ya habría encontrado empleo de no ser por su condición .

A pesar de los indicios de discriminación, AI no encontró datos de denuncias formales presentadas en Guyana por víctimas de despidos injustos debidos a su condición serológica. Aunque existen algunos programas de la ONU y gubernamentales que abordan la cuestión del VIH/sida en el trabajo, los datos recibidos por AI sugieren que no abordan adecuadamente el problema de discriminación que sufren las personas que viven con el VIH/sida. La legislación antidiscriminación de Guyana no trata explícitamente el VIH/sida, sino que habla de discapacidad. En 2004 una evaluación de la ley en el contexto del empleo y el VIH/sida, patrocinada por la Asociación de Derechos Humanos de Guyana, concluía lo siguiente:

aunque esta ley no trata el VIH/sida de manera explícita, su prohibición de discriminar por motivos de discapacidad, combinada con interpretaciones modernas de la discapacidad, garantiza que una persona no pueda negarse en los sectores público y privado a contratar a alguien por su condición serológica, a menos que dicha condición repercuta directamente en el puesto de trabajo en cuestión”.¹²⁴

Derecho a la salud

Este tipo de embarcación es el principal medio de transporte para la comunidad de Micobie, en la Guyana rural. © AI

El acceso a medicamentos básicos varía enormemente en Guyana según la región. Además de la población amerindia, la mayor parte de los habitantes del interior de Guyana son incapaces de obtener medicamentos a

¹²³ Ministerio de Salud de Guyana, *Behavioural Surveillance Surveys, Executive Summary*, vol. I, Guyana, 2004.

¹²⁴ Comité Nacional del Sida de Guyana, Bulkan, A., *National Assessment on the Law, Ethics and Human Rights in Guyana*, julio de 2004.

menos que se desplacen a Georgetown o puedan trasladarse a los hospitales regionales de las regiones Siete o Nueve. Ello a menudo supone realizar largos y costosos viajes a pie, por barco, carretera o avión, en un país con una infraestructura de conexión entre el interior y la zona costera muy limitada.

En el caso de la población infantil, el acceso a terapias antirretrovirales también es reducido. El gobierno proporciona tratamiento pediátrico para menores que viven con el VIH/sida, pero reconoce que al concluir 2005 este tratamiento sólo se ofrecía en dos hospitales de Georgetown. Aunque está previsto llevar el tratamiento a otro hospital de la región Siete, muchos niños y niñas de Guyana deberán seguir recorriendo grandes distancias para conseguir el tratamiento antirretroviral.

El gobierno proporciona ayudas para los gastos de desplazamiento desde los hospitales regionales hasta Georgetown. Sin embargo, a algunos pacientes el viaje puede resultarles demasiado arduo y obligarlos a dar a conocer su condición serológica a personas de la comunidad. Una ONG que trabaja con menores huérfanos o afectados por el VIH/sida denunció el caso de un niño de Linden, población situada a dos horas en automóvil de la capital Georgetown, que no recibía tratamiento porque las visitas periódicas a la clínica para recogerlo revelarían su condición serológica en la comunidad.

Una vez que la persona comienza a tomar los fármacos antirretrovirales, debe hacerlo de por vida. Las dosis disponibles en Guyana obligan a tomar los fármacos dos veces al día a la misma hora. Si se olvida una dosis, la eficacia de los fármacos se reduce considerablemente. En última instancia, si no se es constante se corre el riesgo de que el virus desarrolle una resistencia a ese fármaco concreto. La cepa resistente del virus puede transmitirse a otra persona y también reducirle sus opciones de tratamiento.

Personal médico y encargados del establecimiento de políticas entrevistados por AI pusieron de manifiesto su preocupación por el número de personas que dejaban de tratarse. Son varios los factores que parecen influir en el bajo nivel de seguimiento del tratamiento. Por ejemplo, algunas personas que viven con el VIH/sida optan por desplazarse a otra región para tratarse y así proteger su intimidad y evitar el estigma social. Sin embargo, esto puede tener un efecto negativo en su capacidad de continuar con el tratamiento debido a los problemas asociados a los desplazamientos. También puede acarrearles problemas cuando enferman gravemente, ya que el proveedor de servicios de salud de su lugar de residencia o comunidad puede no estar al corriente de los medicamentos que toman y de los posibles efectos secundarios que podrían tener al combinarlos con otros fármacos.

Según informes, al concluir 2005 sólo un centro de tratamiento de Guyana ofrecía un grupo de apoyo para pacientes que comenzaban el tratamiento antirretroviral. El apoyo es importante para garantizar que los pacientes sigan el tratamiento y reciban la ayuda que necesitan, pero para ello la persona debe dar a conocer su condición serológica. En un hospital AI se informó de que, desde el comienzo del programa de tratamiento en 2004, hasta 12 pacientes de un total de 66 habían abandonado el tratamiento y se ignoraba la suerte que habían corrido. Diez de los pacientes entrevistados por AI en un centro de tratamiento coincidieron en que no deseaban unirse a un grupo de apoyo ya que la mayoría pensaba que no merecía la pena.

Derecho a la intimidad

Durante su investigación, AI recibió testimonios de más de cinco personas cuya condición serológica al parecer había sido divulgada, sin su conocimiento ni consentimiento, por médicos o personal médico entre otros pacientes o familiares. Una mujer de 30 años que vive con el VIH/sida dio positivo en un análisis realizado en un hospital de las afueras de Georgetown. Antes había acudido a un hospital de otra población para ser tratada de tuberculosis. Cuando dio a conocer el resultado positivo de la prueba a su madre, ésta le explicó que lo sabía desde hacía tiempo, ya que el médico que la había atendido inicialmente por la tuberculosis le había hecho un análisis y la había informado a ella, la madre, del resultado, pero no a la paciente. Dar a conocer la condición serológica a familiares o parejas de personas con pruebas de resultado positivo al parecer es moneda corriente. En el curso de la investigación de campo realizada por AI, los

delegados de la organización fueron testigos de varios incidentes en los que la condición de una persona era divulgada al azar por personal médico o miembros de la comunidad.

La aplicación de procedimientos adecuados que respeten la confidencialidad ayuda a proteger contra actos de discriminación y a prevenirlos. También mejora la confianza en el suministro de tratamiento y asistencia. El temor al estigma y la discriminación, omnipresente en Guyana, confiere la máxima importancia a mantener la confidencialidad de la condición serológica. En muchos casos, la percepción de confidencialidad, o de su ausencia, influirá en que una persona se haga o no la prueba del VIH y decida tratarse una enfermedad asociada al sida. Los datos recibidos por AI sugieren que las directrices en materia de protección de la confidencialidad de la condición serológica no se aplican en modo suficiente ni resultan adecuadas para salvaguardar la intimidad de los pacientes.

El reducido tamaño de la población de Guyana significa que las personas que acuden al sector de servicios de salud tienen mayores probabilidades de encontrarse con un vecino o familiar, o de que les atienda alguien vinculado a su familia o amigos. En las comunidades pequeñas, también resulta difícil mantener la discreción sobre los grandes desplazamientos realizados para recibir tratamiento antirretroviral en hospitales.

Otros factores que limitan la confidencialidad y de los que AI fue testigo incluyen el uso de cabinas, en centros de asesoramiento y análisis voluntario, que permiten que las personas que pasan a su lado oigan las sesiones de asesoramiento. Además, los pacientes también informaron reiteradamente a AI de que al recoger los medicamentos en la farmacia sentían que ponían en peligro su confidencialidad, ya que temían que al pedir y recoger su medicación se divulgue su condición.

Derecho a la información: prevención del VIH/sida

Pese al aumento de información relacionada con el VIH/sida en Guyana, todavía existen importantes ideas falsas sobre el VIH/sida y su transmisión. Según organizaciones que trabajan en el interior de Guyana, en muchas regiones del país la información sobre el VIH/sida sigue sin estar disponible, y donde lo está, se distribuye a través de ONG que pueden verse obligadas a limitarla a fin de cumplir las condiciones impuestas por los donantes.

Mural alusivo al VIH/sida en un muro de una escuela de Guyana. © AI

Según una encuesta realizada por las autoridades a alumnos de centros de enseñanza, sólo el 56 por ciento habían utilizado preservativo en su primera relación sexual,¹²⁵ lo que sugiere la necesidad de aumentar el número de campañas de información y prevención de VIH/sida dirigidas a jóvenes.

La investigación realizada por AI también puso de manifiesto que los servicios de prevención secundaria –ofrecidos a personas que viven con el VIH/sida para garantizar que no se reinfecten con otra cepa del virus– son limitados. Si bien casi todos los pacientes entrevistados por AI describieron como positiva su experiencia de acceder al tratamiento y la asistencia, sus conocimientos sobre tratamientos, efectos secundarios y prevención positiva eran muy limitados. Por ejemplo, una mujer que vivía con el VIH/sida entrevistada por AI pensaba que tratarse con medicamentos significaba que no tenía que protegerse contra una reinfección ni contra otras enfermedades de transmisión sexual. Muchas de las demás personas entrevistadas también tenían ideas falsas o dudas sobre el tratamiento, lo que sugiere que hace falta material de información y apoyo dirigido a las personas que viven con el VIH/sida.

AI descubrió que en Guyana la participación de personas que viven con el VIH/sida y que están afectadas por él en programas de VIH/sida y en la elaboración de políticas sobre el VIH/sida era muy reducida. La Unidad de Desarrollo del Sector de la Salud y la Comisión Presidencial determinan el reparto

¹²⁵ Ministerio de Sanidad Guyana, *BSS Survey*, p.52, Guyana, 2003/2004.

de fondos así como el diseño de políticas y el desarrollo estratégico. Sin embargo, ambas carecen de representantes de la sociedad civil, en especial de miembros de minorías. El Consejo Nacional del Sida, principal organismo que representa a la sociedad civil, no tiene voz en ninguno de estos órganos. Esto significa que las campañas y los materiales a menudo se diseñan sin contar con la participación e influencia del público al que se dirigen. Así, por ejemplo, no hay materiales adecuados disponibles para la comunidad amerindia. El hecho de que no se implique de forma significativa a la sociedad civil limita la eficacia de los programas de prevención y tratamiento del VIH/sida en Guyana.

La ayuda económica prestada por la comunidad internacional a gobiernos u otras organizaciones a menudo impone unas condiciones estrictas, que limitan la manera en que puede utilizarse. La financiación de Estados Unidos, que incluye la iniciativa PEPFAR, la aprueba el Congreso de ese país y se aplica a través de una organización local establecida por Estados Unidos en el país receptor que subcontrata a organizaciones locales de la sociedad civil. Al parecer, los beneficiarios no disponen de muchas oportunidades de participar en la elaboración de los planes y prioridades de uso de esta financiación.

Una gran parte de estos fondos se destina a actividades de prevención¹²⁶ que promueven la abstinencia y la fidelidad, y no el uso de preservativos. Estas directrices de la financiación se oponen al derecho a la información y a servicios de salud que incluyan atención de la salud sexual y reproductiva. Ello reduce significativamente la disponibilidad de información y de las herramientas necesarias para que las personas se protejan contra el VIH/sida.

Si bien PEPFAR y su agencia local, el Proyecto de Reducción y Prevención del VIH/sida en Guyana, han aportado fondos y han puesto en marcha muchos y valiosos programas y actividades relacionados con el VIH/sida, esta estrategia no tiene en cuenta factores como la incidencia relativamente alta de violencia sexual en Guyana. La abstinencia y la fidelidad no aportan una protección eficaz contra la infección debido a la violencia sexual. De manera similar, algunas de las mujeres entrevistadas por AI en Guyana se habían contagiado del VIH/sida a través de su pareja o cónyuge a pesar de haberles ido fieles. Estos datos ponen de manifiesto la limitación de un enfoque centrado en la abstinencia y la fidelidad.

Conclusiones

Guyana se enfrenta a desafíos importantes a la hora de abordar adecuadamente su epidemia de VIH/sida. El gobierno ha tomado medidas para hacer efectivo el derecho a la salud. Sin embargo, todavía existen muchos frentes en los que ha de aplicar otras medidas que garanticen el respeto, la protección y la realización progresiva del derecho a la salud de la población en relación con el VIH/sida.

El estigma relacionado con el VIH/sida y la discriminación que ocasiona constituyen un obstáculo importante para la aplicación satisfactoria de los programas de tratamiento, asistencia y prevención. En última instancia, reducen la posibilidad de hacer efectivos y proteger los derechos de las personas. La discriminación sin control de determinados sectores de la población de Guyana aumenta su riesgo de infección por VIH.

La población amerindia indígena de Guyana tiene acceso limitado a medicamentos básicos o a servicios de salud que vayan más allá de la mera dispensación de fármacos básicos, como analgésicos. No se le ofrece información y educación sobre el VIH/sida adecuadas y apropiadas, como información en lenguas indígenas. Tampoco tiene representación adecuada ni influencia en los procesos de establecimiento de políticas relacionadas con la epidemia.

Es necesario abordar la violencia de género y que las mujeres reciban apoyo y protección adecuados. Los programas de tratamiento del VIH/sida y las clínicas han de adoptar un enfoque activo para llegar a los varones e incluirlos en las pruebas y en las medidas de prevención de la transmisión materno infantil del VIH/sida

¹²⁶ Aproximadamente el 45% de los fondos que PEPFAR destina a Guyana se invierten en actividades de prevención.

y de tratamiento, y garantizar que las mujeres no embarazadas disfruten de igualdad de acceso a los servicios de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo, y ello incluye la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva a toda la población.

Los varones que practican el sexo con varones son criminalizados y discriminados y tienen menos oportunidades de acceder a unos servicios adecuados de prevención, tratamiento y asistencia del VIH/sida. La falta de iniciativas específicas y de organizaciones de apoyo debilita su derecho a la salud y los factores subyacentes que la determinan.

Las autoridades no protegen los derechos de las personas que viven con el VIH/sida en el trabajo. En la actualidad no existen mecanismos ni un defensor del pueblo al que puedan acudir las personas que viven con el VIH/sida o están afectadas por él para denunciar discriminación por motivos de VIH/sida sin poner en peligro su derecho a la intimidad. Dado el grado de estigma asociado a la enfermedad, con esta situación se está privando a las personas de un recurso efectivo.

El acceso a programas de prevención y tratamiento, entre ellos las terapias antirretrovirales, depende del lugar de residencia. El acceso de los menores al tratamiento antirretroviral es todavía más limitado.

Las estructuras deficientes del sistema de salud o la negligencia del personal médico con frecuencia privan a los pacientes del derecho a la intimidad y la confidencialidad. En una atmósfera marcada por el estigma y el temor, la violación del derecho a la intimidad y la confidencialidad contribuye a la diseminación del VIH/sida, al hacer que las personas opten por no hacerse las pruebas de VIH, no utilizar herramientas de prevención o no iniciar o seguir un tratamiento.

La forma en que la respuesta al VIH/sida está estructurada en Guyana priva a la sociedad civil, que incluye a las personas que viven con el VIH/sida, de su derecho a participar en ella. Al no integrar ni abordar adecuadamente las necesidades específicas de los grupos afectados se reduce la eficacia de los programas de prevención, tratamiento, asistencia y apoyo.

El acceso a métodos de prevención de la infección por VIH –que incluye educación e información completas; métodos de barrera, como el uso de preservativos, y unos servicios de salud sexual y reproductiva integrales– varía considerablemente en todo el país. En muchos casos, los servicios de prevención, suministrados por ONG que se ven obligadas a cumplir las condiciones impuestas por donantes externos, no cumplen estos requisitos.

Para abordar con éxito la epidemia de VIH/sida en Guyana, es fundamental que los gobiernos donantes no vinculen la financiación al cumplimiento de unas condiciones que pueden obligar al gobierno de Guyana a incumplir las obligaciones que ha contraído en virtud de las normas de derechos humanos. Igualmente, para potenciar al máximo el impacto de la financiación actualmente disponible, el gobierno de Guyana debe garantizar que no se pongan en peligro los derechos humanos y que éstos formen parte integrante de todas las actividades de las políticas y programas relacionados con el VIH/sida.

Al ofrecer una respuesta al VIH/sida en Guyana, la comunidad internacional y los segundos gobiernos, sobre todo el de Estados Unidos, deben asimismo garantizar que sus esfuerzos respeten, protejan y realicen los derechos humanos, en particular el derecho a la salud.

Recomendaciones sobre Guyana

Al gobierno de Guyana:

Medicamentos

- Con efecto inmediato, tomar medidas que garanticen el acceso a medicamentos básicos para el VIH/sida, incluido el tratamiento antirretroviral y el tratamiento para infecciones oportunistas para toda la población, sobre todo para las personas que viven en el interior, la población amerindia indígena, las mujeres y los menores.

Atención de la salud

- Tomar medidas para garantizar, de forma progresiva, que la atención de la salud esté disponible y resulte accesible, aceptable y de calidad adecuada para toda la población reforzando los servicios de salud.

Disponibilidad

- Garantizar la creación de un servicio de salud integrado en todo el país. El servicio debe abarcar servicios integrales de salud sexual y reproductiva, y el suministro adecuado de medicamentos básicos.
- De forma progresiva, garantizar el suministro de herramientas para la prevención de VIH/sida a toda la población.
- De forma inmediata, garantizar que todas las pruebas se basen en el consentimiento plenamente informado, incluyan asesoramiento previo y posterior a las mismas y se realicen según las normas expuestas en las Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos. De forma progresiva, garantizar que las pruebas del VIH estén al alcance de toda la población y vinculadas a la debida prestación de tratamiento, asistencia y apoyo.

Accesibilidad

- De forma progresiva, trabajar para que se garantice el acceso de todas las personas a los servicios de salud que necesiten, con independencia del lugar en el que vivan, sin tener que desplazarse durante largos períodos.

Aceptabilidad

- Adoptar de inmediato una legislación que proteja el derecho a la intimidad y garantice el respeto de confidencialidad de la condición serológica en los servicios de salud y por parte de médicos y demás personal de los centros de salud. Adoptar y aplicar directrices claras y sanciones adecuadas a quienes violen el derecho a la intimidad. Trabajar de forma progresiva para garantizar el respeto a la intimidad en el suministro de servicios de salud y en todos los centros de salud.

Género

- Ejercer de inmediato la debida diligencia para impedir, investigar y castigar todas las formas de violencia de género y ofrecer apoyo y protección adecuados a las mujeres que corran el riesgo de sufrir o hayan sufrido dicha violencia, lo que incluye el suministro de profilaxis y asesoramiento

gratuitos y accesibles tras la exposición y una revisión de las leyes en materia de delitos sexuales y de su aplicación, para garantizar que estén en consonancia con las normas internacionales de derechos humanos y ofrezcan la debida protección a mujeres y niñas.

- Con efecto inmediato, adoptar medidas que garanticen a todas las niñas y mujeres, especialmente a las casadas y a las más jóvenes, el pleno acceso a la prevención del VIH/sida, lo que incluye información completa y métodos de barrera, como el uso de preservativos, y respaldar el desarrollo de métodos de prevención que otorguen un mayor control a las mujeres, como los microbicidas.

No discriminación

- Adoptar medidas, entre ellas la legislación pertinente, que prohíban y castiguen la discriminación contra personas que viven con el VIH/sida, incluida la ejercida en el trabajo.
- Garantizar que cuando se produzca una violación de los derechos de las personas que viven con el VIH/sida, existan mecanismos de reparación que atiendan sus motivos de queja, y que no se discrimine a las personas que viven con el VIH/sida en el acceso al sistema judicial.
- Descriminalizar la homosexualidad e incluir protección contra la discriminación por motivos de orientación sexual en la Constitución, y garantizar la realización plena, mediante, entre otras cosas, programas adecuados de apoyo y prevención del VIH/sida, de los derechos de los varones que practican el sexo con varones y de personas pertenecientes al colectivo LGBT, incluido el derecho a la salud y a no sufrir discriminación.

Información

- Tomar medidas para garantizar que toda la población, incluidas las mujeres y hombres jóvenes, la población del interior y la población amerindia indígena, tenga acceso a información y educación integrales, accesibles y adecuadas sobre el VIH/sida.

Participación

- Garantizar la participación significativa de las personas que viven con el VIH/sida y de la sociedad civil en los procesos de toma de decisiones y vigilancia en materia de financiación, políticas y programas sobre el VIH/sida, que incluya la participación de personas que viven con el VIH/sida, representantes de la sociedad civil y miembros de las comunidades indígenas en la Comisión Presidencial sobre VIH/sida y la Unidad de Desarrollo del Sector de la Salud.

Recomendaciones a los gobiernos de Estados Unidos y de otros países y a los donantes

- Garantizar que los esfuerzos destinados a responder al VIH/sida respeten, protejan y hagan efectivos los derechos humanos, sobre todo el derecho a la salud y los derechos de las mujeres, así como las disposiciones de la Carta de la ONU y de la Constitución de la OMS.
- Garantizar que la financiación aportada para respaldar la respuesta al VIH/sida en otros países no se oponga a las obligaciones que los gobiernos receptores han contraído en virtud de las normas internacionales de derechos humanos.
- Reafirmar el compromiso con las Directrices Internacionales sobre el VIH/sida y los Derechos Humanos y garantizar que el diseño y la aplicación de respuestas al VIH/sida estén en consonancia con la orientación ofrecida en ellas.