GLOBAL COMMISSION ON

HIV and the LAW

Riesgos, Derechos y Salud

Julio de 2012

El contenido, los análisis y las opiniones y recomendaciones de medidas políticas incluidas en la presente publicación no necesariamente reflejan la visión del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo.

SECRETARIA, COMISIÓN GLOBAL SOBRE VIH Y DERECHO
PNUD, Grupo VIH/SIDA,
Oficina para políticas de desarrollo
304 East 45th Street, New York, NY 10017
Email: info@hivlawcommission.org
Tel: (+1 212) 906 6590 Fax: (+1 212) 906 5023
Web: www.hivlawcommission.org

Copyright © UNDP 2012

Imágenes utilizadas con autorización.

Gráficas
Createch & Myriad Editions

Diseño e impresión
Consolidated Graphics

Traducido del original en inglés.
Traducción al Español
JPD Systems

ÍNDICE

SOBRE LA COMISIÓN GLOBAL SOBRE VIH Y DERECHO 3

PREFACIO 4

Agradecimientos 5

Abreviaturas 6

RESUMEN EJECUTIVO 7

INTRODUCCIÓN: ¿PUEDE LA LEY SALVAR VIDAS? 13

CAPÍTULO 1: CONTRA LA DISCRIMINACIÓN 17

CAPÍTULO 2 : EL CASTIGO A LA VULNERABILIDAD 22

CAPÍTULO 3 : RIESGO + ESTIGMA 30

- 3.1 PERSONAS QUE UTILIZAN DROGAS 33
- 3.2 PERSONAS TRABAJADORAS DEL SEXO 41
- 3.3 HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES 50
- 3.4 PERSONAS TRANSGÉNERO 58
- 3.5 PRIVADOS DE LIBERTAD 63
- 3.6 MIGRANTES 67

CAPÍTULO 4 : GÉNERO Y EMPODERAMIENTO 70

CAPÍTULO 5 : TODA UNA VIDA POR DELANTE 80

CAPÍTULO 6 : ¿MEDICAMENTOS PARA QUIÉN? 86

CONCLUSIÓN 100

Anexo I : Principios rectores de la Comisión 102

Anexo II : Biografías de los Comisionados 104

Anexo III : Biografías del grupo de asesoramiento técnico 106

Anexo IV : Resumen de recomendaciones 110

NOTAS AL FINAL 119

GRÁFICOS

1. ¿Por qué la ley es importante? ---------- 13
2. Comunicaciones escritas recibidas por la Comisión ---------- 16
3. Protección legal ---------- 18
4. Penalización de un virus ---------- 23
5. Mitigar el daño ---------- 37
6. El trabajo sexual y el derecho ---------- 42
7. Los hombres que tienen sexo con hombres, las leyes y el VIH ---------- 52
8. Derechos LGTB y riesgo de transmisión del VIH ---------- 53
9. El sexo sin protección tras las rejas ---------- 65
10. Restricciones de desplazamiento relacionadas con el VIH ---------- 68
11. La violación dentro del matrimonio ---------- 73
12. Contradicciones Crecientes ---------- 82
13. Competencia de genéricos: hacer accesibles a los ARV ---------- 87
14. La brecha de tratamiento ---------- 88
15. Comercio libre, limitaciones crecientes ---------- 93
16. ¿Impulsando la innovación? ---------- 96

SOBRE LA COMISIÓN GLOBAL SOBRE VIH Y DERECHO

La Comisión Global sobre VIH y Derecho está integrada por catorce distinguidas personalidades que promueven cuestiones sobre VIH, salud pública, leyes y desarrollo. Fernando Henrique Cardoso, expresidente de Brasil, encabeza esta Comisión.

El poder de convocatoria único de la Comisión permitió que pudiera concentrarse en cuestiones de alto impacto relacionadas con el VIH y la ley, que tienen ramificaciones significativas para la salud y el desarrollo mundiales. La Comisión propicia entornos legislativos basados en la evidencia empírica y en los derechos humanos, con el fin de lograr respuestas efectivas y eficientes contra el VIH.

Sus experiencias de vida colocan a los comisionados en una posición de formidable capacidad para acceder a un corte transversal y amplio de la sociedad. Esto significa que están en condiciones de influir el cambio en cuestiones complejas que requieren el compromiso de múltiples actores en una diversidad de sectores.

Fernando Henrique Cardoso
(Brasil)

Ana Helena Chacón-Echeverria
(Costa Rica)

Charles Chauvel
(Nueva Zelanda)

Shereen El Feki
(Egipto)

Bience Gawanas
(Namibia)

Dame Carol Kidu
(Papúa Nueva Guinea)

Michael Kirby
(Australia)

Barbara Lee
(Estados Unidos)

Stephen Lewis
(Canadá)

Festus Gontebanye Mogae
(Botsuana)

JVR Prasada Rao
(India)

Sylvia Tamale
(Uganda)

Jon Ungphakorn
(Tailandia)

Miriam K. Were
(Kenia)

ACERCA DEL INFORME DE LA COMISIÓN

"El VIH y la Ley: Riesgos, Derechos, y Salud" es el nombre del informe principal de la Comisión. Este documento, publicado en julio de 2012, presenta evidencia y análisis relacionados con la salud pública, los derechos humanos y los aspectos legales y ofrece, además, recomendaciones a los legisladores y encargados de la formulación de políticas, la sociedad civil, los asociados para el desarrollo y los actores del sector privado que participan en la elaboración de una respuesta global sustentable frente al VIH.

PREFACIO

El final de la epidemia global de SIDA está a nuestro alcance. Esto sólo será posible si a la ciencia y nuestra actuación se une un compromiso tangible con el respeto de la dignidad humana y el fin de la injusticia.

Las leyes prohíben o permiten comportamientos específicos, y al hacerlo dan forma a la política, la economía y la sociedad. Las leyes pueden ser un bien humano que suponga una diferencia significativa para las vidas de las personas. Por lo tanto, no es sorprendente que las leyes tengan el poder de unir la brecha entre la vulnerabilidad y la resiliencia al VIH.

Nos hemos reunido en un grupo de personas de procedencia, experiencia y continentes diversos para examinar el papel de las leyes a la hora de dar respuestas efectivas al VIH. Compartimos un compromiso duradero con la salud pública y la justicia social. Hemos escuchado con humildad cientos de relatos que describen los efectos de las leyes sobre el VIH. En muchos casos nos ha abrumado el modo en que se está violando los derechos humanos mediante leyes arcaicas e insensibles, se está cuestionando respuestas racionales de salud pública y erosionando el tejido social. En otros casos nos han conmovido aquellos que demuestran coraje y convicción para proteger a los miembros más vulnerables de nuestras sociedades.

Muchos dirían que las leyes pueden ser complejas y constituyen un reto, por lo que es mejor dejarlas como están. Nuestra experiencia en esta comisión nos ha mostrado un punto de vista muy diferente. Ha sido muy alentador para nosotros ver cómo el diálogo franco y constructivo sobre cuestiones o controversiales puede a veces conducir rápidamente a reformas progresistas de las leyes, la defensa efectiva de la legislación o a una mejor aplicación de las leyes existentes. Incluso en entornos donde los cambios legales formales suponen un proceso lento y arduo, hemos sido testigos que hay países que adoptan medidas para reforzar el acceso a la justicia y cuestionar el estigma y la discriminación.

Con lo que hemos escuchado y aprendido a lo largo de los últimos dieciocho meses, muchos de nosotros hemos visto cómo cambiaban nuestros puntos de vista y opiniones sobre una serie de cuestiones complejas. En última instancia, elegimos guiarnos en nuestras recomendaciones finales por el coraje y la humanidad de quienes han muerto de SIDA y de las treinta y cuatro millones de personas que siguen viviendo con el VIH.

Este informe presenta pruebas convincentes y recomendaciones que pueden salvar vidas, ahorrar dinero y ayudar a erradicar la epidemia de SIDA. Las recomendaciones apelan a aquello que comparten nuestras culturas y comunidades: la humanidad innata de reconocer y respetar el valor y la dignidad inherentes a todas las personas. Este informe puede hacer que muchísimas personas se sientan incómodas —es de esperar que se sientan suficientemente incómodas como para tomar medidas. Sin duda, cada país dará prioridad a diferentes recomendaciones. Cada país necesita desarrollar su propia hoja de ruta de las reformas, en función de su entorno legal y político. Sin embargo, tenemos la seguridad de que todas las recomendaciones son relevantes en todos los países del mundo, dado que los determinantes de la epidemia de VIH existen en todo el planeta. Ha llegado el momento de actuar de acuerdo con estas recomendaciones. No podemos seguir dejando que las personas sufran y mueran a causa de la desigualdad, la ignorancia, la intolerancia y la indiferencia. El costo de no actuar es sencillamente demasiado alto.

Fernando Henrique Cardoso
Presidente de la Comisión Global sobre VIH y Derecho

AGRADECIMIENTOS

La Comisión Global sobre el VIH y Derecho es un organismo independiente, establecido a solicitud de la Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y respaldado por una secretaría con base en el Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). Este informe refleja las opiniones y conclusiones de la Comisión, así como sus recomendaciones a los países, los actores de la sociedad civil, el sector privado y las Naciones Unidas.

Ante todo, la Comisión expresa su agradecimiento a las más de mil personas que han hecho aportes escritos y orales y que han compartido su conocimiento y experiencia con tanta generosidad. Este informe rinde homenaje a su coraje y humanidad en su búsqueda de un mundo que sea fundamentalmente más justo.

La Comisión desea expresar su agradecimiento al liderazgo de Helen Clark (Administradora, PNUD) y Michel Sidibé (Director Ejecutivo, ONUSIDA).

El trabajo de la Comisión se ha llevado a cabo hábilmente gracias a la contribución y el compromiso de su Grupo Asesor Técnico conformado por el *Hon. Michael Kirby (Copresidente), Allehone Mulugeta Abebe (Copresidente), Aziza Ahmed, Jonathan Berger, Chris Beyrer, Scott Burris, Joanne Csete, Mandeep Dhaliwal, Sophie Dilmitis, Vivek Divan, Richard Elliott, SofiaGruskin, Wendy Isaack, Rick Lines, Annie Madden, Kevin Moody, Vitit Muntarbhorn, Cheryl Overs, JVR Prasada Rao, Tracy Robinson, Purna Sen, Susan Timberlake y Matthew Weait*.

La Comisión agradece el apoyo de su Secretaría dirigida por Jeffrey O'Malley (Director, Practica VIH/SIDA, PNUD) y Mandeep Dhaliwal (Jefe del clúster: Derechos Humanos y Gobernanza, Grupo sobre el VIH, PNUD). Vivek Divan, Ian Mungall y Emilie Pradichit han sido el alma incansable de la Secretaría. La Comisión agradece su trabajo y dedicación. La Comisión agradece igualmente las valiosas contribuciones de los numerosos empleados, asesores, pasantes y voluntarios que han respaldado su trabajo a lo largo de los últimos dieciocho meses,[a] con mención especial a Judith Levine, la principal autora del informe. La Comisión desea asimismo expresar su gratitud por el apoyo del Programa Conjunto de Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.

La Comisión está agradecida a Edwin Cameron, que ha sido comisionado. Debido a sus obligaciones como juez del Tribunal Constitucional de Sudáfrica no ha contribuido a ninguna de las decisiones sustanciales de la Comisión. A causa de dichas obligaciones judiciales decidió renunciar oficialmente al puesto de comisionado a finales de 2011.

La Comisión recibió un apoyo financiero generoso por parte de los Servicios Mundiales de los Judíos Americanos (AJWS, por sus siglas en inglés), la Agencia Australiana de Desarrollo Internacional (AusAID, por sus siglas en inglés), la Fundación Ford, HealthCanada – Asuntos Internacionales, la Agencia Noruega de Cooperación para el Desarrollo (Norad), la Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, las Fundaciones Sociedad Abierta, la Agencia Sueca de Cooperación para el Desarrollo Internacional (ASDI), el PNUD, el FNUAP, UNICEF y la Secretaría de ONUSIDA.

---

[a] Imam Ahmed, Nada Al Riahi, Fattouh Al-Shazly, Natalie Amar, Tenu Avafia, Zeinab Badawi, Brook Baker, Ahmad Balah, Stefan Baral, Tim Barnett, Asmita Basu, Glenn Betteridge, Kim Blankenship, Dominic Bocci, Ludo Bok, Jennifer Branscombe, Andrei Brighidin, Meagan Burrows, Robert Carr, Jorge Chediek, Jessica Chiu, Clif Cortez, Megan Cribbs, Joachim da Silva Paiva Fernandes, Emma Day, Miguel Darcy, Daniel de Castro, Karen de Meritens, Martine Dennis, Reeti Desai, Amy Edwards, Ehab El Kharrat, Mohamed El Said, Wahid Ferchichi, Susana Fried, Jorge Gestoso, John Godwin, Laura Goldsmith, Catherine Grant, Moustapha Gueye, Theira Guzman, Vera Hakim, Lisa Hamelmann, Brianna Harrison, Adela Hive, Amy Kapczynski, Yelena Khanga, Boyan Konstantinov, Ernesto Kraus, Jelena Kucelin, Patrícia Kundrát, Krista Lauer, Virginie Leclerc, John Macauley, Lerato Mahlaole, Keletso Makofane, Allan Maleche, Arnold Madikwe, Christina Magill, Alice Miller, Chris Molomo, Godfrey Maringa, Tania Martins Fidalgo, Rumbidzai Maweni, Kathleen Meara, Ratna Menon, Khadija Moalla, Bechir N'Daw, Alyaa Nabil, Mariana Nerpii, Cecilia Oh, Fredda Olivares, Norma Garcia de Paredes, Andrea Pastorelli, Deena Patel, Nisha Pillai, Tonia Poteat, David Ragonetti, Nadia Rasheed, Jirair Ratevosian, Janaina Reis, Jenny Rouse, David Ruiz, Amitrajit Saha, Rohan Sajnani, Margaret Sakatsie, Karin Santi, Nashida Sattar, Eric Sawyer, Aaron Scheinwald, Diana Schirca, Tilly Sellers, Edmund Settle, Ji-Eun Seong, Svati Shah, Shonali Shome, Anthony So, Ann Strode, Ashwini Sukthankar, Mohan Sundararaj, Ala Svet, Maria Tallarico, Dudley Tarlton, Dimitri Teresh, Christos Tsentas, Cheikh Traore, Kazayuki Uji, Leah Utyasheva, Nadeah Vali, Marta Vallejo, Marcel van Soest, Pierre-Etienne Vannier, Bhikshuni Weisbrot, Daniel Wolfe and Ajcharawan Yubolkosol.

ABREVIATURAS

ACTA	Acuerdo Comercial Antifalsificación
ADA	Ley para Estadounidenses con Discapacidades
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TARV	Terapia antirretroviral
ARV	Fármaco antirretroviral
CEDAW	Convenciónsobre la eliminacióndetodas las formas de discriminación contra la mujer
CDN	Convención sobre los Derechos del Niño
EOAC	Europa Oriental y Asia Central
AAE/EPA	Acuerdo de asociación económica
UE	Unión Europea
MGF	Mutilación genital femenina
ALC	Acuerdo de libre comercio
VIH	
ICESCR	Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales
ICW	Comunidad Internacional de Mujeres que viven con el VIH/SIDA
ILGA	Asociación Internacional de Gays y Lesbianas
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OIM	Organización Internacional para las Migraciones
PI	Propiedad intelectual
PMD	Países menos desarrollados
LGBT	Lesbianas, gays, bisexuales y transexuales
TAM	Tratamiento asistido con medicamentos
ODM	Objetivo de Desarrollo del Milenio
MENA	Oriente Medio y Norte de África
HSH	Hombres que tienen sexo con hombres
ONG	Organización no gubernamental

PEPFAR	Plan de Emergencia Presidencial para el Alivio del SIDA
PVS	Personas que viven con VIH
PTMH	Prevención de la transmisión de madre a hijo
I+D	Investigación y desarrollo
PIJ	Programas de intercambio de jeringuillas
ETS	Enfermedad de transmisión sexual
ITS	Infección de transmisión sexual
TPP	Acuerdo de Asociación Transpacífico
ADPIC	Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio
ONU	Naciones Unidas
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
ONU-DAES	Departamento de Asuntos Económicos y Sociales de las Naciones Unidas
PNUD	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura
FNUAP	Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia
ONUDD	Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito
USAID	Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional
OMS	Organización Mundial de la Salud
OMPI	Organización Mundial de la Propiedad Intelectual
OMC	Organización Mundial del Comercio

RESUMEN EJECUTIVO

En tan solo tres décadas, más de 30 millones de personas han fallecido de SIDA y más de 34 millones han sido infectados con el VIH. La epidemia del VIH se ha convertido en uno de los más importantes retos de salud pública de nuestra época. Constituye también una crisis jurídica, de derechos humanos y de justicia social. La parte positiva es que contamos ahora con todas las pruebas y herramientas que necesitamos para reducir radicalmente el ritmo de progresión de nuevas infecciones por VIH y detener las muertes relacionadas con el VIH. Paradójicamente, esto se produce en un momento en que malas leyes y otros obstáculos políticos se están interponiendo en el camino hacia el éxito.

34 millones de personas viven con VIH, 7.400 se infectan cada día y 1,8 millones han fallecido sólo en 2010. El entorno jurídico –leyes, sistemas represivos y judiciales– posee un inmenso potencial para mejorar las vidas de las personas con VIH y ayudar a revertir la crisis. Las leyes y los tratados internacionales que protegen la igualdad de acceso a la atención sanitaria y prohíben la discriminación –incluida la basada en el estado de salud o el estado legal– subrayan el beneficioso poder de las leyes nacionales.

Pero los países han dilapidado el potencial del sistema legal. Peor aún, leyes punitivas, la aplicación de políticas discriminatorias y brutales y la denegación del acceso a la justicia a las personas con VIH o en riesgo de contraerlo están alimentando la epidemia. Estas prácticas legales crean vulnerabilidad y la penalizan. Promueven los comportamientos de riesgo, obstaculizan el acceso de las personas a las herramientas de prevención y los tratamientos, y exacerban el estigma y las desigualdades sociales que hacen más vulnerables a las personas frente al riesgo del VIH y de enfermedades. Las personas seropositivas –ya sean maridos o esposas, trabajadoras o trabajadores del sexo, amantes o agresores– tienen contacto íntimo con otras personas, quienes a su vez mantienen relaciones con otros en círculos cada vez más amplios, desde la escala local a la mundial. El VIH abarca todos los ámbitos, desde la salud pública hasta la riqueza nacional, desde la solidaridad social hasta la igualdad y la justicia. La prevención, el tratamiento y la atención sanitaria ligada al VIH –así como la protección y la promoción de los derechos humanos de quienes viven con él– son responsabilidad de todos.

La Comisión Global sobre VIH y Derecho llevó a cabo durante 18 meses una amplia investigación, consultas, análisis y deliberaciones. Entre sus fuentes se ha incluido el testimonio de más de 700 personas afectadas en grado máximo por entornos legales relacionados con el VIH de 140 países, además de comunicaciones presentadas por expertos y el gran corpus académico sobre el VIH, la salud y las leyes.

Las conclusiones de la Comisión dan pie tanto al desasosiego como a la esperanza para las personas que viven con VIH o están en riesgo de contraerlo. En junio de 2011, 192 países se comprometieron a revisar su legislación y crear entornos legales y sociales propicios para aplicar respuestas contra el VIH efectivas y eficientes. Las recomendaciones de la Comisión ofrecen orientación a gobiernos y organismos internacionales para crear leyes y prácticas legales con bases científicas, pragmáticas, humanas y justas. Las conclusiones y recomendaciones ofrecen también herramientas de promoción para las personas que viven con el VIH, la sociedad civil y las comunidades afectadas por el VIH. Las recomendaciones tienen en cuenta el hecho de que exis-

ten muchas leyes cuyos fines van más allá de la salud pública, por ejemplo el mantenimiento del orden, la seguridad pública y la regulación del comercio, pero consideran de máxima prioridad la creación de entornos legales que defiendan y promuevan derechos humanos y normas legales reconocidos a nivel internacional.

Entre las conclusiones de la Comisión están las siguientes:

- En 123 países se cuenta con leyes que penalizan la discriminación basada en el VIH; 112 protegen legalmente al menos a algunas poblaciones en función de su vulnerabilidad al VIH. Pero estas leyes a menudo son ignoradas, aplicadas de forma laxa o violada descaradamente.

- En más de 60 países es un delito exponer a otra persona al VIH o transmitirlo, especialmente a través del sexo. Al menos 600 personas portadoras del VIH en 24 países han sido condenadas en aplicación de leyes específicas contra el VIH o las leyes penales generales (debido al bajo nivel de reporte, estas estimaciones son conservadoras). Tales leyes no incrementan la seguridad de las prácticas sexuales. Al contrario, desincentivan que las personas se sometan a pruebas o tratamiento, por temor a verse perseguidas penalmente por transmitir el VIH a sus parejas o a niños.

- Las mujeres y los niños comportan la mitad de la población mundial de personas con VIH. Las leyes y las costumbres refrendadas legalmente –desde la mutilación genital hasta la denegación de derechos de propiedad– crean una profunda desigualdad de género; la violencia doméstica también despoja a las mujeres y las niñas de su capacidad de actuar libremente. Estos factores socavan la capacidad de las mujeres y niñas de protegerse de la infección por VIH y hacer frente a sus consecuencias.

- Cuando los jóvenes tienen acceso a la educación sexual, programas de reducción de daño y a servicios reproductivos y sanitarios integrales para VIH, las tasas de prevalencia del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ETS) entre los jóvenes se reducen drásticamente. Estas intervenciones son raras, no obstante, y tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo, la negación de las realidades que viven los jóvenes se refleja en el alto coste físico, emocional y social del VIH entre los jóvenes.

- En muchos países, las leyes (ya sean escritas o no) deshumanizan a muchas de las personas que se encuentran en riesgo máximo de contraer el VIH: trabajadoras y trabajadores del sexo, trans, hombres que tienen sexo con hombres (HSH), personas que consumen drogas, privados de libertad y migrantes. En vez de dar protección, las leyes potencian la vulnerabilidad al VIH de estas "poblaciones clave". En contradicción de las normas internacionales sobre derechos humanos, 78 países –en especial, gobiernos influidos por interpretaciones conservadoras de la religión– convierten la actividad homosexual en un delito penal, con penas que van desde la flagelación a la ejecución. De modo similar, suelen aplicarse de forma cruel leyes que prohíben –o son interpretadas en ese sentido por la policía o los tribunales– las diferencias de género, definidas en sentido vago y amplio. La criminalización de la prostitución, del consumo de drogas y de las medidas de reducción de daño crean climas que propician la violencia civil y policial y hacen imposible la reparación legal de las víctimas. El temor a ser arrestadas empuja a la clandestinidad a las poblaciones clave y las aleja de los programas sobre el VIH y de reducción de daño. El encarcelamiento y la detención forzosa exponen a los detenidos a

La Comisión ha encontrado motivos para tener esperanza. Hay casos en que los sistemas legales y judiciales han desempeñado papeles constructivos a la hora de dar respuesta al VIH, respetando, protegiendo y promoviendo los derechos humanos. Para algunos, tal enfoque puede parecer una paradoja –la paradoja del SIDA.[b] Pero pruebas irrefutables muestran que este es el camino para reducir el costo del VIH.

sufrir agresiones sexuales y prácticas de inyección inseguras, mientras que los preservativos se venden de contrabando y se niegan tratamientos de reducción de daño (incluyendo los tratamientos antirretrovirales).

- Un corpus creciente de leyes internacionales sobre el comercio y la sobreprotección de la propiedad intelectual están impidiendo la producción y distribución de medicamentos genéricos de bajo costo. La protección de la propiedad intelectual se supone que proporciona un incentivo a la innovación, pero la experiencia ha demostrado que las actuales leyes no están promoviendo la innovación que atiende las necesidades médicas de los desfavorecidos. Las consecuencias de estas normativas –en particular, el marco ADPIC– han puesto de relieve el papel central de la protección excesiva de la propiedad intelectual que exacerba la falta de acceso al tratamiento contra el VIH y otras medicinas esenciales. La situación es más angustiosa en los países de renta baja y media pero también se hace sentir en los países de renta elevada. Ciertas disposiciones que permitiesen a algunos países de rentas bajas y medias excepciones a estas normas y relajaciones de las mismas podrían ayudar a aliviar la crisis, pero la presión contra su aplicación es notable. Un pequeño número de países ha podido, no obstante, aprovechar las pocas flexibilidades legales internacionales que existen.

- Allí donde la policía coopera con los trabajadores comunitarios, el uso del preservativo puede aumentar, y la violencia y la tasa de infección por VIH entre los trabajadores del sexo pueden reducirse. Donde los gobiernos promulgan medidas de reducción de daño, como puede ser programas de distribución de agujas limpias y lugares seguros para inyectarse, las tasas de infección por VIH pueden reducirse significativamente entre los consumidores de droga.

- La ayuda legal efectiva puede hacer realidad la justicia y la igualdad para las personas portadoras del VIH, y puede contribuir a mejorar los resultados sanitarios. Los defensores de estas políticas pueden aplicar creativamente las leyes tradicionales de forma progresista para promover los derechos y la salud de las mujeres. Las acciones en los tribunales y las iniciativas legislativas, inspiradas por los conceptos de justicia y pragmatismo, pueden ayudar a las naciones a deshacerse del yugo de la criminalización errónea, a aprobar leyes contra las agresiones sexuales con sensibilidad hacia los aspectos de género y a reconocer la autonomía sexual de los jóvenes.

---

[b] Según el Hon. Michael Kirby, la paradoja del SIDA puede describirse del modo siguiente: "Resulta una paradoja que las leyes más efectivas con que contamos para combatir la extensión del VIH son las que promueven la protección contra la discriminación de las personas que lo portan y quienes conviven con ellos. Esto es una paradoja porque la comunidad espera de las leyes que protejan a quienes no están infectados de los infectados. Sin embargo, al menos en esta fase de la epidemia, debemos proteger también a los infectados. Debemos hacerlo por motivos de derechos humanos básicos. Pero si esta razón no resulta convincente, debemos hacerlo por el bien de toda la comunidad, que tiene un interés común en la contención de la expansión del VIH".

- A pesar de las presiones internacionales que priorizan el comercio sobre la salud pública, algunos gobiernos y grupos de la sociedad civil están usando las leyes para garantizar el acceso a medicamentos asequibles y explorar nuevos incentivos para la investigación y el desarrollo médicos.

Estos éxitos pueden –y deben– extenderse. Exigirán dinero y voluntad. Los donantes, cuyo compromiso ha decaído, deben redoblar sus esfuerzos y revertir esta tendencia, especialmente si queremos que los últimos avances de la ciencia y programas de prevención beneficien a quienes los necesitan. Los países deben cumplir con los derechos humanos internacionales y con sus obligaciones legales nacionales. Cuando las leyes no mejoren el bienestar humano y no respondan a las realidades contemporáneas, deben derogarse y sustituirse por otras que sí lo hagan. Para la justicia y la dignidad, los derechos humanos y la vida humana, el mundo no puede permitirse menos que esto.

Para asegurar una respuesta efectiva y sostenible al VIH que sea coherente con las obligaciones de respeto a los derechos humanos, la Comisión hace un llamamiento enérgico a los gobiernos, la sociedad civil y los organismos internacionales para que:

- Penalicen todas las formas de discriminación y violencia contra quienes son vulnerables al VIH o viven con el mismo, o son percibidos como VIH positivos. Aseguren la aplicación de los compromisos sobre derechos humanos y las garantías constitucionales existentes.

- Deroguen las leyes punitivas y promulguen otras que faciliten y hagan posible respuestas efectivas a los servicios de prevención, atención sanitaria y tratamiento del VIH para todos los que los necesitan. No promulguen leyes que criminalicen explícitamente la transmisión del VIH, la exposición o no revelación del estado acerca del VIH, que son contraproducentes.

- Trabajen con los guardianes de las leyes consuetudinarias y religiosas para promover tradiciones y prácticas religiosas que promuevan derechos y la aceptación de la diversidad, y que asimismo protejan la privacidad.

- Despenalicen los comportamientos sexuales privados y consentidos entre adultos, incluyendo los actos sexuales entre personas del mismo sexo y el trabajo sexual voluntario.

- Persigan penalmente a los perpetradores de violencia sexual, incluyendo las violaciones maritales y las violaciones relacionadas con conflictos armados, ya sea contra mujeres, varones o personas trans.

- Acaben con todos los regímenes obligatorios de registro, pruebas y tratamiento forzoso relacionados con el VIH. Faciliten el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva y detengan los abortos forzosos y la esterilización obligada de las mujeres y niñas con VIH.

- Reformen los enfoques del consumo de drogas. En vez de castigar a las personas que consumen drogas pero no hacen daño a otros, los gobiernos deben ofrecerles acceso a servicios efectivos de tratamiento sanitario y contra el VIH, incluyendo programas de reducción de daño y tratamientos voluntarios y de evidencia empírica contra la drogodependencia.

- Promulguen leyes contra todas las formas de abuso sexual y explotación sexual infantil, diferenciando claramente tales delitos del trabajo sexual consensual entre adultos.

- Aseguren que la aplicación de las leyes contra el tráfico de personas se enfoque cuidadosamente en castigar a quienes emplean la fuerza, la deshonestidad o la coerción para introducir a las personas al comercio sexual, o quienes abusan de los trabajadores sexuales migrantes a través de deudas, violencia o privación de libertad. Las leyes contra el tráfico de personas deben usarse para prohibir la explotación sexual, pero no deben usarse contra adultos implicados en trabajo sexual consensual.

- En las cuestiones relacionadas con el VIH y las leyes, ofrezcan el mismo nivel de protección a los migrantes, los visitantes y los residentes que no son ciudadanos que el ofrecido a los ciudadanos. Deberían derogarse las restricciones que prohíben a las personas con VIH entrar en un país o las normas que hacen obligatorio someterse a pruebas de VIH a los extranjeros dentro de un país.

- Promulguen un marco legal que asegure la protección social de los niños que viven y afectados por el VIH y SIDA. Las leyes deben proteger la tutela, los derechos de propiedad y herencia, así como el acceso a educación sexual integral y adecuada a la edad, y a los servicios de salud y reproductivos.

- Desarrollen un régimen de propiedad intelectual efectivo para los productos farmacéuticos. Dicho régimen debe ser coherente con las leyes internacionales sobre derechos humanos y las necesidades de la salud pública, a la vez que se salvaguarda los derechos justos de los inventores.

La Comisión hace un llamamiento enérgico para llevar a cabo una colaboración internacional renovada y vigorosa en respuesta al VIH. Hace un llamamiento a los donantes, la sociedad civil y las Naciones Unidas para exigir a los gobiernos responsabilidad ante sus compromisos en materia de derechos humanos. Urge a los grupos ajenos a los gobiernos a que desarrollen e implementen políticas y prácticas humanas y viables relacionadas con el VIH y a que financien acciones sobre reformas legales, aplicación de las leyes y acceso a la justicia. Tales esfuerzos deberían incluir campañas formativas para instruir a las personas acerca de sus derechos y las leyes, previniendo la violencia y desafiando el estigma y la discriminación dentro de las familias, las comunidades y los lugares de trabajo que continúan alimentando una epidemia mundial que debería haber terminado hace mucho tiempo.

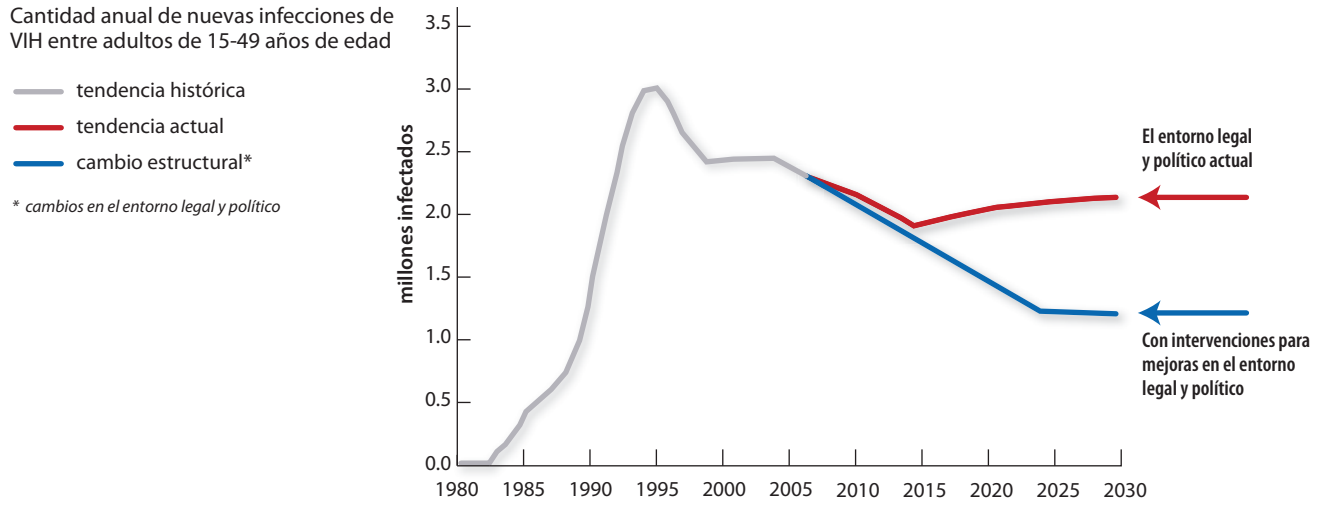
INTRODUCCIÓN: ¿PUEDE LA LEY SALVAR VIDAS?

La ley no puede, por sí sola, detener el SIDA. Tampoco puede ser exclusivamente responsable cuando las respuestas al VIH son inadecuadas. No obstante, el entorno legal puede desempeñar un papel importante en el bienestar de las personas que viven con VIH o que son vulnerables al mismo. Las buenas leyes, con todos los recursos necesarios y aplicadas rigurosamente, permiten ampliar el acceso a servicios de prevención y atención sanitaria, optimizar la calidad del tratamiento, mejorar el apoyo social para las personas afectadas por la epidemia, proteger los derechos humanos esenciales para la supervivencia y ahorrar fondos públicos.

Cada comunidad de cada país es el hogar o el lugar de residencia de personas que viven con VIH. Hacia fines de 2010, ascendían a 34 millones; y a la par de esas personas, había otros millones más en riesgo de infección.[1] Y, si bien los avances de la última década en la prevención y el tratamiento son alentadores, se registran casi 7.400 nuevas infecciones cada día. En 2010, sólo la mitad de los adultos y una cuarta parte de los niños que, según las directrices de la OMS, requerían el tratamiento antirretroviral, recibieron la atención que pudiera salvar sus vidas. Ese año, 1,8 millones de personas murieron por causas relacionadas con el SIDA.[2]

La ley y sus instituciones pueden proteger la dignidad de todas las personas que viven con VIH y, de esa manera, fortalecer a las poblaciones más

¿POR QUÉ LA LEY ES IMPORTANTE?



Fuente: Results for Development Institute, Costs & Choices: Financing the Long-Term Fight Against AIDS, An aids2031 Project, 2010.

vulnerables al VIH, las denominadas "poblaciones clave",[c] tales como los trabajadores sexuales, los HSH, las personas trans, la población privada de libertad y los migrantes. La ley puede abrir las puertas a la justicia cuando los derechos de estas personas se ven vulnerados. Al garantizar el acceso a la propiedad y a la protección contra todas las formas de violencia, la ley permite mejorar la vida de las mujeres y darles el poder y la independencia que necesitan para preservar su salud y la de sus hijos.

Pero la ley también puede ser muy perjudicial para el cuerpo y la mente de las personas que viven con VIH. Puede ser discriminatoria y aislar a las personas más vulnerables de programas que podrían ayudarlos a evitar o afrontar el virus. Al dividir a las personas entre delincuentes y víctimas, o pecadores e inocentes, el entorno legal puede destruir la solidaridad social, política y económica necesaria para superar esta epidemia mundial. En efecto, el mundo podría haber detenido la epidemia del VIH hace más de una década, salvando millones de vidas y ahorrando miles de millones de dólares, pero hizo y hace falta la voluntad política y el coraje para hacerlo.

¿Qué funciona? Una vacuna eficaz o una cura implicarían un "cambio en las reglas de juego", y los científicos están trabajando para encontrarlas. Mientras tanto, como hemos aprendido de la experiencia y la evidencia, hay mucho que puede hacerse, incluso sin un milagro médico. La combinación entre prevenciones apropiadas y tratamientos ampliamente disponibles puede reducir sustancialmente o hasta detener la propagación de nuevas infecciones. Con terapia, la mayoría de las personas con VIH pueden seguir saludables y productivas por décadas. Cada persona salvada se descuenta del número de muertes - generalmente, a poco costo.[3]

Pero, mientras, los gobiernos y donantes internacionales invierten millones para combatir el VIH, muchos entornos legales del mundo están entorpeciendo en lugar de facilitar las respuestas al VIH. En efecto, en muchas instancias, los programas de salud pública para combatir el VIH se ven debilitados por leyes que penalizan las mismas prácticas que los esfuerzos de salud pública promueven y de las cuales dependen, tales como: la distribución de agujas limpias y la terapia de sustitución de opiáceos a personas que utilizan drogas, el suministro de preservativos y medidas de reducción de daños a la población privada de libertad, o apoyando la libre asociación de personas trabajadoras del sexo con fines de apoyo mutuo y educación. Mientras los legisladores no modifiquen estas leyes, de manera que todos los recursos se dirijan a combatir el mismo enemigo –el VIH y no las personas que viven con VIH– el virus será el vencedor y la población del mundo, especialmente las personas más vulnerables, la vencida.

Es en este contexto que la Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA ha instado al PNUD a crear la Comisión Global sobre VIH y Derecho (la Comisión).[4] La Comisión, un ente independiente presidido por Fernando Henrique Cardoso, ex-presidente de Brasil,[5] está integrada por 14 eminencias de todo el mundo y cuenta con el apoyo de un Grupo Técnico Asesor de personas que viven con VIH, miembros de comunidades afectadas y expertos en leyes, salud pública, derechos humanos y VIH.

Sobre la base de un análisis de los puntos en los que la ley podría transformar la respuesta al SIDA y promover un declive de la epidemia del VIH, la Comisión ha centrado su investigación en: (1) leyes y prácticas que penalizan a las personas que viven con VIH y a los más vulnerables al VIH;

---

[c] Según la Alianza Internacional contra el VIH/SIDA, las poblaciones clave son grupos de personas más propensas a estar expuestas al VIH o a transmitirlo y cuyo compromiso es fundamental para que la respuesta al VIH tenga éxito. En todos los países, las poblaciones clave incluyen a personas que viven con VIH. En la mayoría de los casos, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas trans, las personas que consumen drogas inyectables y los trabajadores del sexo y sus clientes se encuentran en mayor riesgo de exposición al VIH que otros grupos.

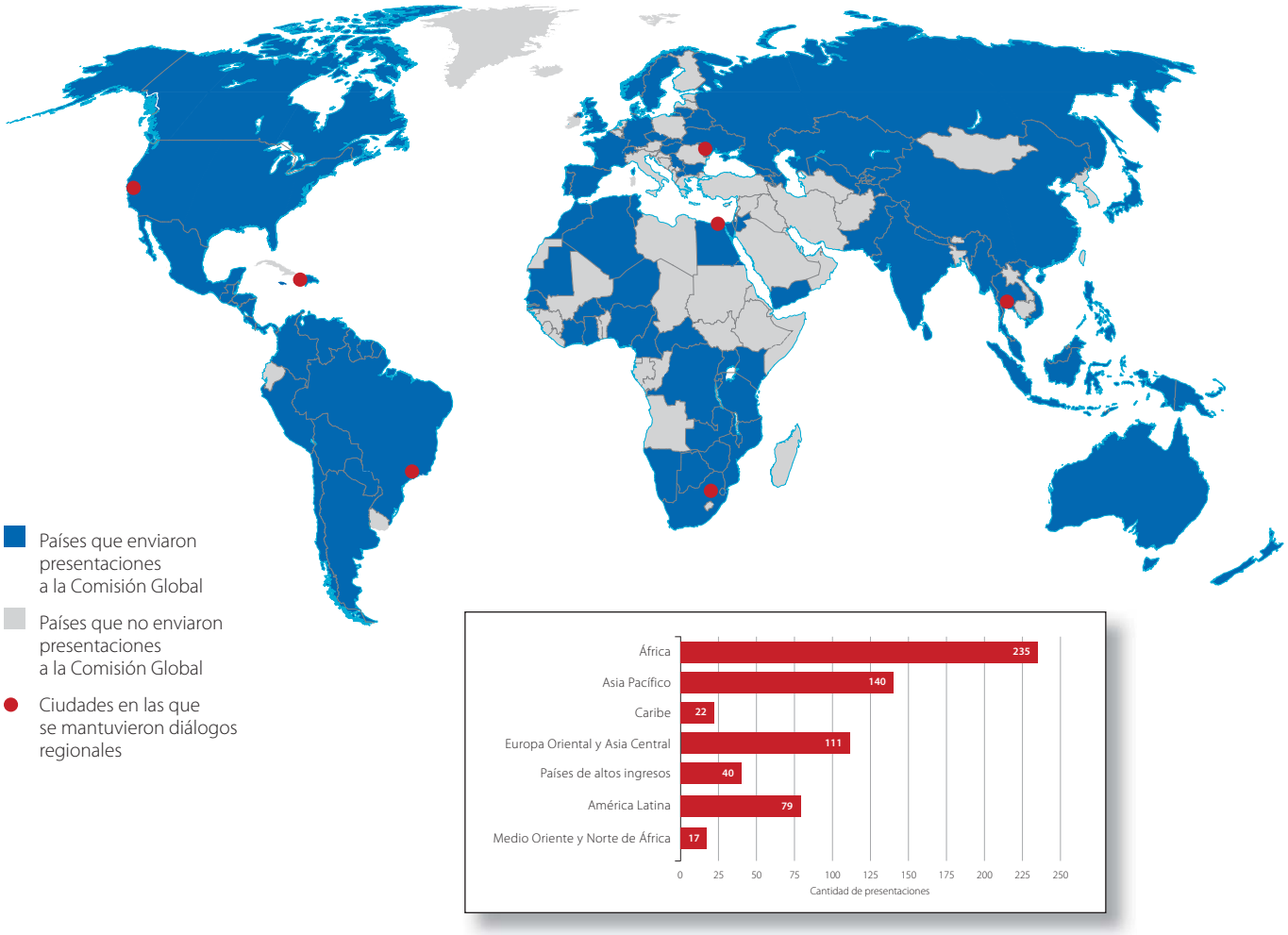
CÓMO LA COMISIÓN ARRIBÓ A SUS CONCLUSIONES

La Comisión Global sobre VIH y Derecho abordó un amplio y riguroso proceso de investigación, análisis y deliberación. La Comisión utilizó datos de salud pública, análisis legislativo, investigación cualitativa y consultas comunitarias para comprender la influencia de los entornos legales sobre la epidemia del VIH. Conscientes de que la ley existe por razones importantes que van más allá de la salud pública –la protección y promoción de los derechos humanos, el mantenimiento del orden público y la seguridad y la regulación del comercio– la Comisión también examinó hasta qué grado la ley relacionada con el VIH es, en la teoría y en la práctica, congruente con los derechos humanos y otras normas legales.

La Comisión contó con el apoyo de un Grupo Técnico Asesor,[6] que revisó y analizó los datos disponibles sobre la salud pública y el marco legal y también encargó un análisis propio. Este proceso se completó con una extensa deliberación, que tuvo como resultado la revisión de 680 escritos presentados por más de 1.000 autores en 140 países. Se convocó a siete diálogos regionales[7] (el mayor de ellos en África) para compartir y debatir sobre las evidencias y experiencias. A través de esos diálogos, los miembros de la Comisión escucharon las voces de más de 700 personas afectadas por la legislación relacionada con el VIH, entre ellas, personas que viven con VIH, personas que fueron perseguidas por delitos relacionados con el VIH, directores de instituciones penitenciarias, agentes policiales, ministros de justicia, de salud y de asuntos interiores, agentes de salud pública y líderes religiosos. Se recabó información de especialistas de organizaciones jurídicas, de derechos humanos y de mujeres, de fabricantes de productos farmacéuticos y estudiosos religiosos. Finalmente, los miembros de la Comisión reflexionaron sobre el considerable cuerpo de análisis y conclusiones relacionados directamente con el VIH y la salud, dentro de los estudios disponibles en materia de derechos humanos, incluyendo el trabajo de los relatores especiales sobre el "derecho al más alto nivel de salud posible" y la "violencia contra las mujeres". Con excepción de los casos en los que se solicitó confidencialidad, los escritos presentados[8] y las actas de los diálogos, los documentos de debate y las fuentes están disponibles en www.hivlawcommission.org.

En conjunto, estas fuentes aportaron pruebas irrefutables de la relevancia crítica que tiene la ley para el VIH y de la inextricable vinculación entre el respeto por la dignidad humana y las respuestas eficaces y sostenibleal VIH. Por consiguiente, las recomendaciones de la Comisión se fundamentan tanto en pruebas sólidas de salud pública como en normas de derechos humanos. La mayoría de las recomendaciones están dirigidas a "países", no solo a jefes de estado, parlamentarios y otros actores políticos, sino también a los actores judiciales, miembros de los organismos de aplicación de la ley, autoridades municipales, al sector privado y a la sociedad civil. Los estados tienen la obligación específica de proteger y promover los derechos humanos, pero únicamente un esfuerzo mancomunado de toda la sociedad podrá lograr un verdadero avance en la salud pública y la justicia social.

COMUNICACIONES ESCRITAS RECIBIDAS POR LA COMISIÓN



Nota: Total de presentaciones: 680. Se recibieron 644 presentaciones para diálogos regionales y 36 presentaciones de especialistas de organizaciones de expertos y especialistas en VIH, la salud y el derecho.

Fuentes: Presentaciones recibidas desde noviembre de 2010 hasta octubre de 2011. Incluye todas las presentaciones para los diálogos regionales y presentaciones de especialistas. El mapa mundial se inspira en Un mundo sin SIDA (AIDS-Free World)

.

(2) leyes y prácticas que preservan o mitigan la violencia y la discriminación contra las mujeres; (3) leyes y prácticas que facilitan o impiden el acceso a tratamientos relacionados con el VIH; y (4) aspectos legales correspondientes a niños y jóvenes en el contexto del VIH.

La ley a menudo parece abstracta y distante y puede resultar difícil de comprender. Pero la realidad de la ley se desprende de los dichos de las personas que participaron en la investigación de la Comisión. Para las personas que viven con VIH, para sus familias y comunidades, para las poblaciones clave y personas vulnerables al VIH, la ley no es ni abstracta ni distante. Significa hostigamiento policial o agujas limpias, celdas de prisión o grupos de autoayuda; la ley es el puño del torturador o la mano del sanador.

CAPÍTULO 1

CONTRA LA DISCRIMINACIÓN

Salud y dignidad a través de la ley

Fuente: UNDP/Sarah Mwilima/Namibia

En 2009, me enteré de mi condición. Me invitaron a un programa de TV por ser jugador de futbol profesional. El padre de mi novia vio la entrevista, ella me dijo que él no sabía nada de mi VIH y que le dijo que no podía aceptar esa relación. Su padre (un oficial de policía) se presentó en mi casa a la 07 de la mañana para arrestarme. Yo sabía cuáles eran mis derechos, pero igualmente me dieron una paliza y me encerraron en una celda en la comisaría. Estaba muy mal. Simplemente me dejaron detenido hasta que una asociación de derechos humanos marchó hasta allí y solo entonces me liberaron. Esta historia marcó mi vida. Podría ser un amargado, pero voy a pelear hasta el final.

Noubissi Charles Domingo, RéCAP+, Camerún, Diálogo Regional Asia Pacífico, 3–4 de agosto de 2011

DERECHOS HUMANOS: LOS PILARES DE LA IGUALDAD

La igualdad y la no discriminación, principios consagrados en todos los acuerdos internacionales más relevantes sobre derechos humanos, son los pilares sobre los cuales se sustentan todos los demás derechos humanos.[9] De manera que, si bien no existe una ley internacional vinculante que prohíba expresamente la discriminación a causa del VIH, estos dos principios sirven de guía y soporte de las denuncias de discriminación relacionadas con el VIH y hacia las personas afectadas por el virus.

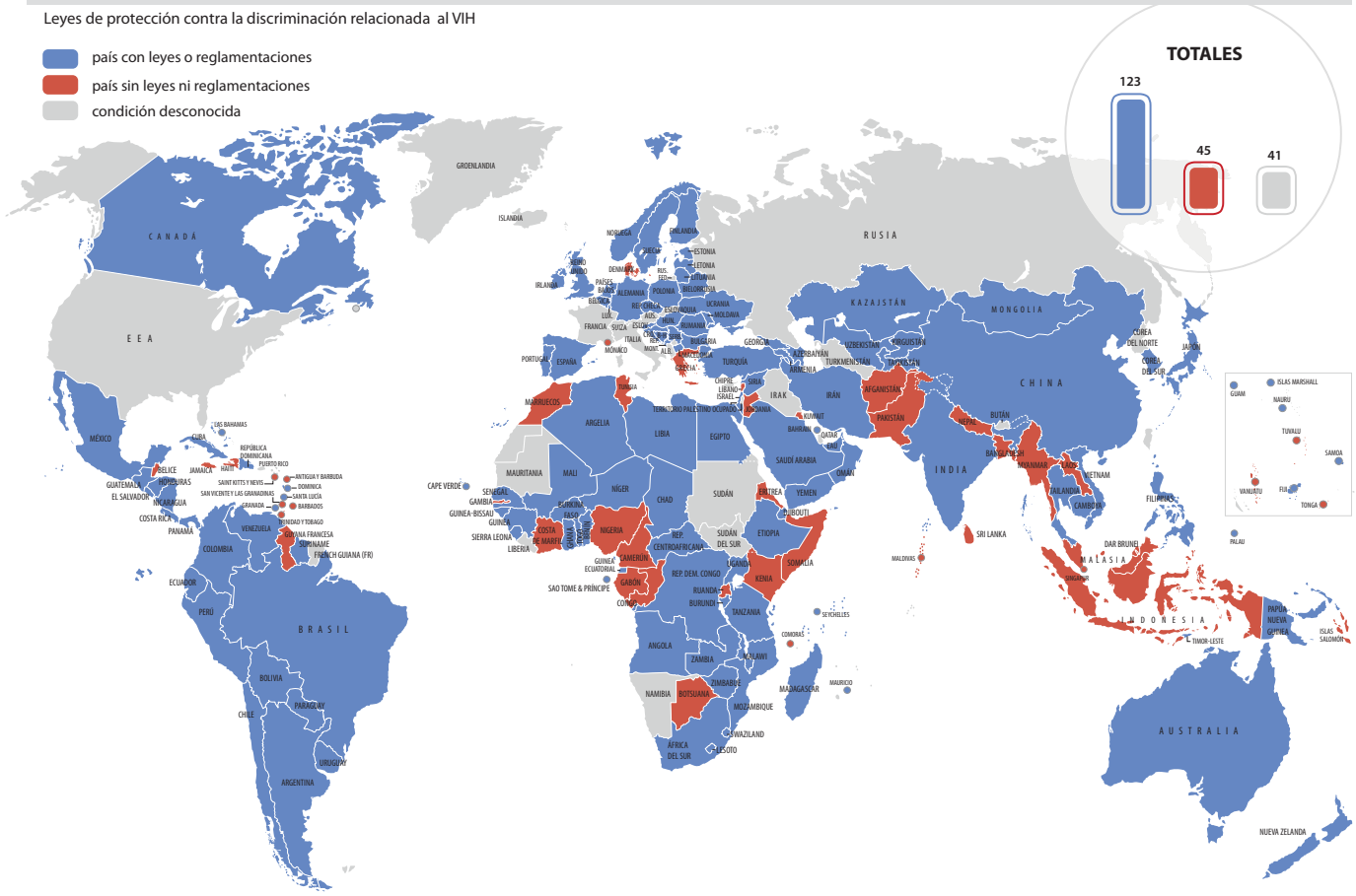
LEGISLACIÓN NACIONAL Y ACCIONES JUDICIALES

Cada país tiene alguna clase de marco jurídico destinado a proteger y promover los derechos humanos y combatir las prácticas discriminatorias. Muchos países han ratificado uno o más de los nueve tratados internacionales más relevantes en materia de derechos humanos[10] o diversos tratados regionales sobre derechos humanos.[11] Muchos avanzan hacia la prohibición de la discriminación relacionada con el VIH. En la Declaración de Compromiso sobre VIH/SIDA de 2011 y las Declaraciones Políticas sobre VIH/SIDA de 2006 y 2011, los Estados Miembros de la Asamblea General de la ONU se comprometieron a utilizar la ley para eliminar todas las formas de discriminación de las personas que viven con VIH.[12] La Comisión Interamericana de Derechos Humanos[13] y la Asamblea Parlamentaria del Consejo Europeo también abogaron por la prohibición de dicha forma de discriminación.[14]

Algunas leyes de lucha contra la discriminación se sustentan en constituciones nacionales; otras se crean sobre la base de jurisprudencia o leyes religiosas reconocidas por el estado como, por ejemplo el concepto de privacidad en el derecho Sharia. De los 168 países incluidos en la revisión de ONUSIDA, 123 informaron haber aprobado leyes para prohibir la discriminación a causa del VIH.[15] Otros 111 países poseen leyes específicas contra la discriminación o normas que protegen al menos a algunas poblaciones determinadas por su vulnerabilidad frente al VIH.[16]

PROTECCIÓN LEGAL

Leyes de protección contra la discriminación relacionada al VIH



Fuentes : Hacer que la responda al VIH: Recopilación de la ONUSIDA de leyes que apoyan o restringen el acceso universal a la prevención, el tratamiento, cuidado y apoyo relacionados con el VIH, 2010; Informe sobre VIH y SIDA para parlamentarios: Hacer que la responda al VIH. Unión Interparlamentaria (UIP), ONUSIDA, PNUD. 2011

LA LETRA DE LA LEY

Filipinas – Ley de control y prevención del SIDA de 1998[17]

"[L]a discriminación, en todas sus formas y sutilezas, hacia las personas con VIH o personas que se presuma o sospeche que tienen VIH, debe ser considerada contraria a los intereses individuales y nacionales". Asimismo, la ley prohíbe específicamente la discriminación en el ámbito laboral, en las escuelas, los viajes y alojamientos, servicios públicos, servicios de crédito y seguros, hospitales e instituciones de salud y servicios fúnebres.

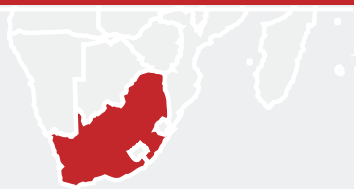
Bahamas – Ley de empleo de[18]

"Ningún empleador o persona que actúe en nombre del empleador debe discriminar a un empleado o solicitante de empleo a causa de su raza, credo, sexo, estado civil, opinión política, edad o VIH/SIDA".

Australia – Ley contra la discriminación de[19]

Es ilegal que una persona *"incite, mediante un acto público, al odio, al desprecio profundo o a la ridiculización extrema de"* cualquier persona que efectiva o presumiblemente sea VIH-positiva.

MUERTE ECONÓMICA
Hoffmann contra South African Airways[20]



La política de la empresa South African Airways era no contratar personas VIH-positivas como tripulantes de cabina. El Tribunal Constitucional de Sudáfrica anuló dicha política, al resolver que la exclusión general del empleo a personas VIH-positivas infringía la garantía constitucional de igualdad.

Las personas que viven con VIH no pueden ser "condenadas a la muerte económica" al denegarles la igualdad de oportunidades en el empleo, expresó el tribunal, y agregó que los individuos VIH-positivos cuentan con una protección especial ante la discriminación en conformidad con la Ley de Igualdad en el Empleo. En esta decisión, el tribunal invocó el principio de *ubuntu*: una palabra zulú que se refiere al reconocimiento del valor humano y el respeto de la dignidad de cada persona.

Más específicamente, los defensores de los derechos humanos y los legisladores han utilizado la categoría de "otra condición" como base para la protección de los derechos de las personas que efectiva o presumiblemente son con VIH, sus hijos o sus progenitores.[21] La Comisión de Derechos Humanos de la ONU ha confirmado en reiteradas oportunidades que el término "otra condición" –una categoría común en la legislación de derechos humanos que engloba a clases indeterminadas para protegerlas contra la discriminación– debe interpretarse en el sentido de que abarque condiciones de salud, incluida la condición frente al VIH.[22] La protección contra la discriminación por motivos de discapacidad también puede ser útil para las personas que viven con VIH, si bien no existe una definición universalmente aceptada del término. Principalmente, la Convención de Derechos de las Personas con Discapacidad comprende un "modelo social" de discapacidad lo suficientemente amplio como para incluir el VIH o SIDA.[23]

En algunos países, los tribunales superiores han fallado que las leyes que prohíben la discriminación a causa de la discapacidad, protegen a las personas que viven con VIH por su estado serológico, e incluyen tanto la discapacidad real como la discapacidad percibida.[24] Por ejemplo, la Corte Suprema de los Estados Unidos estableció que las personas que viven con VIH están amparadas por la Ley para estadounidenses con Discapacidades.[25]

Incluso cuando no existen leyes contra la discriminación a causa del VIH, los tribunales nacionales a menudo se basaron en las garantías constitucionales de dignidad e igualdad para prohibir las prácticas discriminatorias. En los casos en que a personas VIH-positivas se les impidió el acceso a natatorios, restaurantes, servicios de guardería o de salud públicos -justificando usualmente esta prohibición con la idea de proteger la salud de terceros- algunos tribunales intervinieron para anular dichas políticas. Asimismo, algunos tribunales invocaron el derecho a la subsistencia y a la igualdad de condiciones de contratación, así como el derecho internacionalmente reconocido de contar con el "más alto nivel de salud posible".

NEGLIGENCIA EN EL CUMPLIMIENTO, LEYES DESOBEDECIDAS

Con frecuencia, la legislación obliga a las naciones a garantizar el respeto de los derechos humanos a la igualdad, la libertad y la salud re-

"En la República Dominicana existe la oficina de ombudsman, según lo dispone la Constitución, pero nunca se designó a nadie para asumir ese cargo, ni se han especificado y provisto los recursos para su funcionamiento".

Salvador E. Estepan, República Dominicana, Diálogo Regional Latinoamericano, 26–27 de junio de 2011

afirmados internacionalmente. Pero por diversos motivos (tales como falta de recursos, caos político o interpretaciones religiosas), los gobiernos a menudo no cumplen con estas obligaciones. La legislación nacional puede prohibir la discriminación, pero muchas veces las normas son ignoradas, aplicadas con escasa exigencia o claramente desobedecidas. En las instituciones públicas y en sus hogares,[26] las personas que viven con VIH sienten el duro golpe del estigma, la discriminación, la marginalización y la agresión verbal y física.[27] Estas experiencias a menudo se combinan con el fanatismo que padecen (basada en el sexo, el género, la orientación sexual, el origen social, la ocupación, la raza o su condición de consumidores de drogas o trabajadores sexuales) y que se extiende hasta sus familias. Los hijos de los trabajadores sexuales y de consumidores de drogas pueden ser atormentados por los demás niños; los hijos de personas VIH-positivas pueden llegar a ser excluidos de las escuelas.[28] Muchas personas que viven con VIH advierten que no tienen donde recurrir; ningún lugar donde presentar una denuncia ni autoridad para resolver el problema.

Para que la ley se convierta en realidad palpable, el estado debe educar trabajadores de la salud, profesionales del derecho, empleadores y sindicalistas, así como también a profesores del sistema educativo sobre sus responsabilidades legales relacionadas con garantizar la inclusión y la igualdad. Las personas afectadas por VIH o que viven con VIH deben recibir información sobre sus derechos. El ideal jurídico de la no discriminación debe defenderse a través del cumplimiento de la ley, acceso inmediato y asequible a la reparación en casos de violación, entre otros servicios legales que los afectados no puedan costear, y la confidencialidad de los procesos.

PARTICIPACIÓN POR LA IGUALDAD

Donde existe discriminación, aumenta la gente que se defiende. Los defensores abogan por reforzar el reconocimiento legal de los derechos de las personas VIH-positivas y brindar asistencia legal a quienes sufren la violación de sus derechos. En Argelia, por ejemplo, la Association de ProtectionContre le Sida (APCS) y Le Fondpour les DroitsHumainsMondiaux (FDHM), con el apoyo de abogados voluntarios, entablan demandas por discriminación contra HSH, contra mujeres vulnerables afectadas por el VIH y contra migrantes que residen en Argelia: personas que, de otro modo, no tendrían voz.[29] Hacia fines de 2011, el informe de las Personalidades Eminentes del Commonwealth recomendó que los gobiernos de la Commonwealth tomaran medidas tendientes a rechazar las leyes discriminatorias que impidieran acciones efectivas contra el VIH.[30]

Con frecuencia la presión ejercida sobre los gobiernos ha impulsado a que sus ministerios exijan un trato justo para las personas con VIH por parte

de los empleadores y las empresas que atienden al público. A principios de 2010, la entonces ministra de finanzas de Francia, Christine Lagarde, ordenó a las compañías de seguros y préstamos que revisaran y corrigieran las condiciones de las pensiones, los seguros de salud, las prestaciones por muerte y los desembolsos de préstamos con el propósito de reforzar la previsión social de las personas que viven con VIH.[31] Como resultado, el 1° de febrero de 2011 Christine Lagarde, el ministro de trabajo, Xavier Bertrand y la ministra de asuntos sociales, RoselynBachelot, firmaron conjuntamente la Convención AERAS 2011, por la cual se permitió el acceso de las personas que padecen riesgos de salud agravados, incluso las personas que viven con VIH, a préstamos, pensiones, seguros de salud y otras prestaciones. Esta Convención entró en vigencia el 1º de marzo de 2011.[32] En Burkina Faso, el ministro de trabajo y seguridad social y la Oficina Internacional del Trabajo, juntamente con organizaciones de empleadores y trabajadores, están elaborando un marco de trabajo legal y de medidas políticas conducentes a la prevención del VIH y la protección de los derechos de los trabajadores en relación con el VIH y el SIDA. Sus esfuerzos traspasan los sectores públicos y privados formales y llegan también hasta la economía informal.[33]

RECOMENDACIONES

Para garantizar una respuesta efectiva y sostenible frente al VIH, que sea a la vez coherente con las obligaciones de los derechos humanos:

1.1. Los países deben asegurar que sus medidas políticas, estrategias, planes y programas nacionales sobre el VIH incluyan acciones efectivas y específicas que respalden entornos legales propicios, con atención particular al derecho formal, la aplicación de la ley y el acceso a la justicia. Cada uno de los países debe rechazar las leyes punitivas y sancionar leyes protectoras con el propósito de proteger y promover los derechos humanos, mejorar la prestación y el acceso a la prevención y el tratamiento del VIH, así como aumentar la eficacia de estos esfuerzos en función de los costos.

1.2. Los países deben prohibir de manera explícita, si no lo han hecho aún, toda discriminación a causa de la condición de VIH real o percibida y asegurar el cumplimiento de los compromisos sobre derechos humanos y garantías constitucionales existentes. Deben garantizar además que las leyes y reglamentaciones que prohíben la discriminación y aseguran la participación y el suministro de información y servicios sanitarios protejan a las personas que viven con VIH y a otras poblaciones clave y personas en situación de riesgo de contraer VIH.

1.3. Los donantes, los actores de la sociedad civil y del sector privado, así como también la ONU, deben exigir a los gobiernos el cumplimiento de sus compromisos con los derechos humanos. Los grupos externos al gobierno deben desarrollar e implementar medidas políticas y prácticas sobre los derechos relacionados con el VIH y financiar acciones relativas a la reforma de la legislación sobre VIH, la aplicación de las leyes y el acceso a la justicia. Tales esfuerzos deben incluir la educación de las personas sobre sus derechos y sobre la legislación, y combatir el estigma y la discriminación dentro de las familias, las comunidades y los centros de trabajo.

CAPÍTULO 2

EL CASTIGO A LA VULNERABILIDAD

Criminalización de la transmisión, exposición y no revelación del VIH

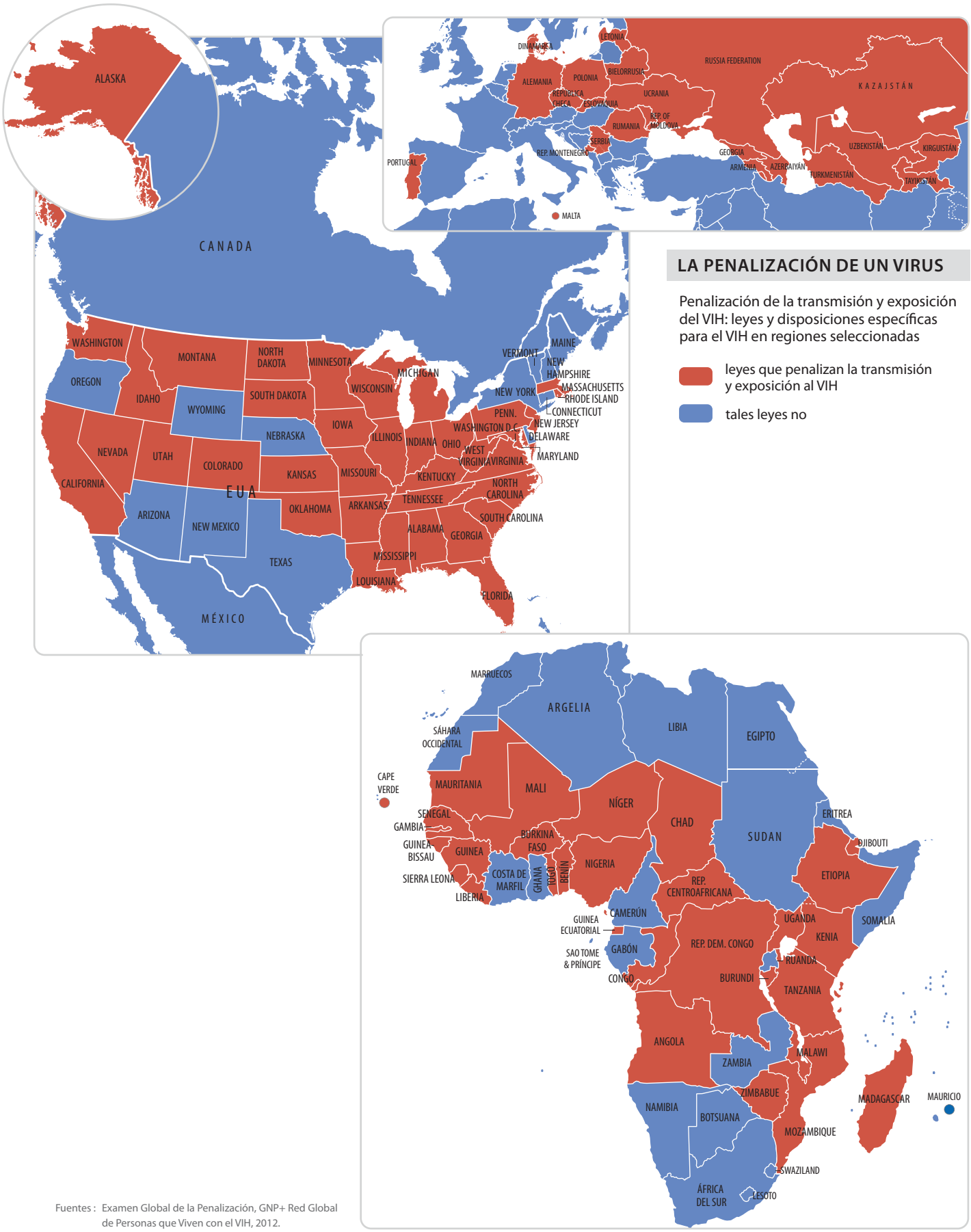
Fuente : www.photos.com

A pesar de la descripción. . . realizada por legisladores y fiscales, de hecho, no es la transmisión intencional sino la relación sexual intencional mientras se es VIH positivo donde ponen énfasis estas leyes de los estados. . . .Los hechos que conciernen a muchos de estos casos parecen reliquias de un pasado menos informado. Y sin embargo son eventos presentes cada vez más frecuentes.

Catherine Hanssens, Centre for Law & Policy, (Centro para el Derecho y Políticas), EE.UU. Diálogo de los Países de Altos Ingresos, 16–17 de setiembre de 2011

En gran parte del mundo es un delito exponer a otra persona al VIH o transmitírselo, especialmente a través de las relaciones sexuales. Fundamentalmente injustas, moralmente dañinas, y virtualmente imposibles de hacer cumplir[34] con cualquier apariencia de justicia, las leyes pertinentes crean regímenes de vigilancia y castigo que pesan sobre las personas sexualmente activas que viven con el VIH[35], no solo en sus relaciones íntimas y sus vidas reproductivas y maternales, sino también en sus intentos por ganarse la vida.

Quienes respaldan la criminalización a menudo afirman que están promoviendo la salud pública o la moralidad. Algunos incluso pueden querer, de buena fe aunque erróneamente, salvaguardar los derechos y la salud de las mujeres. Pero la criminalización no garantiza el bienestar de nadie. No existe evidencia de que las leyes que regulan la conducta sexual de las personas que viven con el VIH cambien el comportamiento de forma positiva.[36] Tampoco tales leyes toman en cuenta el éxito del tratamiento antiretroviral (TAR) en la significativa reducción del riesgo de transmisión y el mejoramiento de la calidad de vida y la longevidad de las personas con el VIH.[37] Las organizaciones de servicios para personas con SIDA informan que la amenaza de enjuiciamiento no asegura que las personas que viven con el VIH puedan a evitar la transmisión ni las motiva a protegerse.[38] Por cierto, el miedo a ser procesadas las aísla y las desalienta a realizarse pruebas de laboratorio, a participar en programas de prevención o tratamiento, o a revelar su condición a sus parejas.[39] El sistema penal está enfrentado al sistema de salud. El primero rechaza a las personas vulnerables al VIH o afectadas por él mientras que el otro trata de acercarse a ellas. Al dividir a las poblaciones entre los enfermos y los sanos,



Fuentes : Examen Global de la Penalización, GNP+ Red Global de Personas que Viven con el VIH, 2012.

Fuente : UNAIDS/D. Kim/Korea

o entre los culpables y los inocentes, la criminalización niega la compleja naturaleza social de las comunidades sexuales y fractura el sentido compartido de la responsabilidad moral que es crucial para luchar contra la epidemia.[40]

Algunas jurisdicciones se apoyan en delitos generales existentes para criminalizar la exposición o transmisión del VIH –desde "administración de sustancia nociva" (Francia) hasta intento de homicidio (Estados Unidos).[41] Otros han elegido apuntar al VIH: las primeras leyes específicas para el VIH fueron aprobadas en los Estados Unidos en 1987, y muchos otros países rápidamente siguieron el ejemplo.[42] La década pasada ha sido testigo de una nueva ola de normas específicas para el VIH, especialmente en el África subsahariana y partes de Asia y América Latina.[43]

Hoy, los países y jurisdicciones en todas las regiones del mundo han promulgado normas penales específicas para el VIH[44] como los códigos de 34 estados y 2 territorios en los Estados Unidos;[45] existen en 27 países de África, ; en 13 de Asia y Pacífico; en 11 de América Latina; y en nueve de Europa.[46] Según un informe de 2010 realizado por la Red Global de Personas que Viven con el VIH (*Global Network of People Living with HIV*, GNP+), al menos 600 personas que viven con el VIH en 24 países[47] han sido sentenciadas amparadas en leyes específicas sobre el VIH o leyes penales generales, principalmente en América del Norte.[48]

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Tan solo en África, a lo largo de los últimos siete años, numerosos países han adoptado legislación penal específica para el VIH.[49] En cada caso, la ironía es manifiesta: estas leyes, que pretenden fundarse en principios de derechos humanos, de hecho los pisotean. Esta contradicción, que se extiende por todo el continente, se deriva en gran parte de la Ley Modelo sobre ITS/VIH/SIDA para África Occidental y Central, desarrollada en un taller llevado a cabo en Yamena, Chad, en 2004.[50] Este modelo, concebido como legislación sobre derechos humanos para combatir la discriminación y abordar el tema de los análisis del VIH, utiliza un abordaje de "derechos y responsabilidades". Por ejemplo, incluye garantías para la consejería pre- y pos-análisis, y protección contra la discriminación en el empleo y los seguros para las personas VIH positivas. Al mismo tiempo, exige a las personas VIH positivas que informen sobre su estado respecto al VIH a cualquier persona con la que mantengan relaciones sexuales y tomen medidas activas para evitar la transmisión. El no hacerlo conlleva sanciones penales.

Algunas jurisdicciones castigan la exposición aun si no hay transmisión del VIH, y algunas lo hacen aun si la persona usa un preservativo; se los enjuicia a pesar de que medicamente es casi imposible determinar quién infectó a quién. Y, debido a que el Tratamiento Anti-Retroviral (TAR) reduce significativamente la probabilidad de transmisión, es el acceso al tratamiento, no la criminalización, lo que sirve efectivamente para reducir la infección.[51]

QUÉ SE LLEVA A JUICIO . . .

La principal "actividad criminal" de las personas VIH positivas es el sexo, y las leyes pueden ser demasiado amplias y las sanciones draconianas. Por ejemplo, en Bermuda, para las personas que viven con el VIH es delito tener cualquier tipo de contacto sexual en el que puedan pasar fluidos

"El impacto de la criminalización del VIH sobre las personas que viven con VIH es en última instancia destructivo y divisivo, creando la sensación de que existen personas VIH positivas ´buenas´ versus personas VIH positivas ´malas´. Las personas que realizan denuncias ante la policía, apoyadas por el sistema penal, creen que deberían ser advertidas cuando su pareja sexual es VIH positiva. No importan lo difícil que pueda ser revelar esta información tan sensible a personas en las que no confiamos; el profundo rechazo a aceptar el diagnóstico inicial; las dificultades que enfrentamos para que acepten que usemos preservativos o para que la pareja los use ; o el hecho de que los que estamos bajo un tratamiento efectivo vamos a ser mucho menos infecciosos que las personas que están sin diagnosticar y no tienen forma posible de advertir a sus parejas".

Edwin J. Bernard, Alemania, Diálogo de los Países de Altos Ingresos, 16–17 de setiembre de 2011

corporales a la otra persona.[52] Como consecuencia, dos personas ya han recibido sentencias de diez años, aunque el VIH no se transmitió en ninguno de los casos.[53] En Singapur, quienes simplemente tengan motivo para creer que podrían ser VIH positivos o podrían haber sido expuestos a un riesgo significativo de contraer el virus pueden recibir una pena de diez años de prisión si se los condena por haber tenido relaciones sexuales sin informar a su pareja del riesgo o sin haber tomado precauciones razonables contra la transmisión.[54]

Pero el sexo no es el único "crimen" por el cual se puede castigar a las personas VIH positivas. Se han hecho juicios por escupir o morder. Los defensores de las personas VIH positivas temen que simplemente el estar embarazada o amamantar teniendo el VIH pueda hacer que una mujer vaya a prisión. En muchos códigos penales estas leyes son excepcionales por la vigilancia personal que significan y por las sentencias absolutamente desproporcionadas que conllevan.

. . . Y A QUIÉN

En 2008, en Texas, Estados Unidos, un hombre afroamericano que tenía VIH, que vivía en la calle, y que padecía una enfermedad mental, escupió a un agente de policía durante un arresto por ebriedad y alteración del orden público. Se convenció al jurado de que la saliva del hombre era un arma mortal,[55] y lo sentenciaron a 35 años, a pesar de que no se puede transmitir VIH solo escupiendo. En 1988 un prisionero VIH positivo de Minnesota fue condenado por morder a dos guardias: su boca y dientes fueron considerados un "arma mortal y peligrosa".[56]

En Dinamarca, Estonia, Finlandia, Suecia y el Reino Unido, los inmigrantes y solicitantes de asilo son una proporción exageradamente grande de los encausados por transmisión y exposición al VIH.[57] En algunas jurisdicciones, las personas VIH positivas condenadas por un delito, como violación, pueden sufrir sentencias agravadas. El estatus seropositivo se considera un factor agravante, igual que usar un arma en la comisión del delito.[58]

Como sugieren estos últimos ejemplos, las leyes antitransmisión y antiexposición a menudo se aplican arbitraria y desproporcionadamente a aquellos que ya son considerados inherentemente criminales,[59] reflejando y perpetuando las desigualdades sociales existentes.

La cobertura mediática sensacionalista de los juicios por transmisión de VIH exagera la presunta maldad y peligrosidad de los "autores del delito" de VIH. Sarah Jane Porter, una madre soltera británica de 43 años y recepcionista en un salón de belleza, fue encarcelada en 2006 y sentenciada a 30 meses por *lesiones físicas graves* al transmitir VIH a su ex-novio. La prensa la calificó de ser una "vengadora del SIDA" extremadamente promis-

PENSÁNDOLO MEJOR
Dinamarca reconsidera su dura ley

Hasta 2011, Dinamarca tenía una de las leyes más duras de criminalización del VIH. El Código Penal 252 (2) hizo que cualquier persona con VIH que infectase o expusiese voluntaria o por negligencia a otra persona al riesgo de infección. Esto significaba que una persona podía ser encontrada culpable aun sin transmisión real –exactamente el tipo de ley contra el cual advierten la ONUSIDA y el PNUD.[60] Una coalición de personas que con VIH, expertos médicos y profesionales del derecho hicieron un intenso trabajo de incidencia con el gobierno, señalando que el TAR ahora reduce significativamente el riesgo de transmisión y permite que la mayor parte de las personas VIH positivas lleven vidas largas y saludables. En febrero de 2011 el gobierno suspendió la ley y estableció un grupo de trabajo para considerar su revisión o revocación total, basándose en nueva evidencia científica.[61]

cua que se había enfrascado en una lucha desenfrenada contra los hombres negros, como el padre de su hijo, que la había contagiada con el VIH. La policía sostuvo que tenía docenas de posibles víctimas y pidió denunciantes en todo el país, pero tres de los cuatro que fueron contactados tuvieron un resultado negativo en las pruebas de VIH. La fiscalía sostuvo que Porter era "insensible" y "manipuladora", y elogió a sus acusadores a los que llamó "hombres decentes, profesionales, que se expresaban muy bien, que estaban tratando de actuar lo mejor posible en su vida". Los amigos y vecinos de Porter, por su lado, sostuvieron que era una madre tranquila que trabajaba demasiado, cuyos novios le habían pedido tener relaciones sexuales sin protección y cuyo único "delito" fue negar su condición de su estatus de VIH –razón por la que no lo reveló a otros.[62]

Aunque los que proponen la criminalización a menudo sostienen que es necesaria para proteger a las mujeres, especialmente a las esposas monógamas, del riesgo de infectarse con el VIH a través de sus parejas sexuales hombres, en realidad dichas leyes convierten en criminales a las mismas mujeres que intentan proteger.[63] Las madres VIH positivas son criminales bajo todas las leyes de VIH de África Occidental y Central, las cuales explícita o implícitamente les prohíben quedar embarazadas o amamantar, para que no transmitan el virus al feto o niño.[64] La ley no reconoce que las mujeres a menudo no pueden revelar su condición de VIH o exigir el uso de preservativo porque temen la violencia, el abuso o el abandono de parte de sus esposos o parejas y/o están preocupadas de que pueda utilizarse la información como un instrumento de revancha o coerción.[65] Con respecto al argumento de la transmisión intencional del VIH de una madre a un niño, el concepto es tan improbable que linda con el absurdo.

¿SE JUSTIFICA EN ALGÚN CASO LA CRIMINALIZACIÓN?

La criminalización se justifica bajo una única condición: cuando los individuos transmiten o exponen a otros *maliciosa e intencionalmente* con el propósito expreso de causar daño. Pero las leyes existentes –contra la agresión, el homicidio y causar lesiones, o para permitir la intervención cuando una persona está propagando

enfermedades transmisibles[66]– son suficientes para encausar a las personas en esos casos excepcionales. Definir delitos específicos de VIH no se justifica y, de hecho, viola los estándares internacionales de derechos humanos. Por ejemplo, en las Directrices Internacionales sobre VIH y los Derechos Humanos, la Directriz 4 indica a los Estados a asegurarse de que las leyes penales "no se apliquen indebidamente en el contexto del VIH/SIDA ni se utilicen contra las poblaciones de mayor riesgo".[67]

Dicho esto, estas leyes son virtualmente imposibles de aplicar. La transmisión intencional es difícil de probar en el contexto de la relación sexual consensual. Alegar transmisión por "imprudencia" o "negligencia" es igualmente problemático.[68] Requiere probar el estado mental del acusado –obteniendo testimonio de profesionales de la salud, diarios personales o correos electrónicos que permitan saber qué pensaba el acusado. ONUSIDA y el PNUD han pedido a los gobiernos que limiten la penalización a los casos en que una persona conoce su estatus de VIH positivo, actúa con la intención de transmitir el VIH y realmente lo transmite. Sin embargo, la mayor parte de los sistemas legales occidentales permite el consentimiento como estrategia de defensa, impidiendo así, por ejemplo, castigar a maridos católicos con VIH cuyas esposas han aceptado el riesgo de transmisión en lugar de trasgredir las prohibiciones religiosas respecto de las relaciones sexuales sin fines procreativos.[69]

Surge una miríada de otras consideraciones. ¿Conocía la acusada su estatus de VIH?[70] ¿Sabía cómo se transmite el VIH? ¿Pensaba que su pareja ya estaba al tanto de su estatus o que consintió tener una relación sexual insegura? ¿Estaba la acusada bajo amenaza de violencia de parte del querellante y era por lo tanto incapaz de revelar su estatus o practicar el sexo seguro? ¿Fue la acusada quien realmente transmitió el VIH al querellante? El análisis filogenético,[71; d] que puede establecer si el subtipo de VIH en el cuerpo de la acusada es igual al del querellante, es demasiado costoso para muchos países de bajos recursos. Además, no brinda una prueba irrefutable de quién infectó a quién.

DISTINTAS PREGUNTAS, DISTINTAS LEYES

Los organismos internacionales y los gobiernos nacionales están comenzando a reconocer la injusticia de ampliar las leyes que penalizan el VIH y a modificarlas con el fin de concentrase en los actos intencionales y maliciosos. ONUSIDA emitió recomendaciones que incluyen formas alternativas de redactar algunas disposiciones en la ley modelo de Yamena para hacerlas más precisas.[72] Recientemente, Guinea, Togo y Senegal han revisado sus leyes sobre VIH o adoptado nuevas leyes que restringen el uso de la legislación penal a los casos excepcionales de transmisión intencional.[73] El Grupo de Expertos sobre el VIH de Finlandia recientemente también ha comenzado a realizar esfuerzos por cambiar la ley para evitar políticas que refuercen la estigmatización y discriminación relacionada con el VIH.[74] Dinamarca y Noruega están considerando la revisión o revocación de estas leyes.[75] En 2011, la Comisión Especial Parlamentaria de Guyana rechazó un proyecto de ley que criminalizar el VIH.[76] Y la Isla Mauricio revocó la criminalización de la transmisión del VIH.[77]

---

[d] El análisis filogenético examina pequeñas diferencias genéticas en el VIH. A diferencia del ADN humano, que permanece estable a lo largo de toda la vida, el ARN del VIH cambia muy rápidamente, produciendo una enorme diversidad genética. El análisis filogenético solo puede determinar el grado de relación entre dos muestras de VIH. No puede generar una "coincidencia" definitiva.

Arrestar a personas VIH positivas por buscar placer e intimidad es una respuesta derrotista y cínica al fracaso de los países para enfrentar la epidemia. El triste caso de Sarah Jane Porter (ver la discusión previa en este mismo capítulo) plantea muchas preguntas que ni siquiera han sido consideradas por la respuesta de la penalización del VIH. ¿Sabía el padre del niño cuál era su condición de VIH, y en ese caso, por qué la convenció de tener relaciones sexuales sin protección y por qué ella consintió? ¿Por qué ella negó su enfermedad y rehuyó el tratamiento? ¿Por qué ella mantuvo una actitud pasiva al defenderse en los tribunales? ¿Cómo pueden las mujeres y los hombres ser empoderados para cuidarse a sí mismos y a los demás?

RECOMENDACIONES

Para asegurar una respuesta efectiva y sostenible al VIH acorde con las obligaciones en derechos humanos:

2.1. Los países no deben promulgar leyes que explícitamente criminalicen la transmisión del VIH, la exposición al mismo o la no revelación del estatus de VIH. Donde tales leyes existen, son contraproducentes y deben ser revocadas. Las disposiciones de los códigos modelo que se han esgrimido para apoyar la promulgación de estas leyes deben ser retiradas y modificadas ajustándolas a estas recomendaciones.

2.2. Las autoridades policiales y judiciales no deben encausar a las personas en casos de no revelación o exposición al VIH cuando la transmisión intencional o maliciosa no se ha probado. Invocar leyes penales en casos de actividad sexual consensual en el ámbito privado entre adultos es desproporcionado y contraproducente para mejorar la salud pública.

2.3. Los países deben modificar o revocar cualquier ley que explícita o efectivamente penalice la transmisión vertical del VIH.[78] Mientras el proceso de revisión o revocación esté en marcha, los gobiernos deben aplicar una moratoria sobre la aplicación de tales leyes.

2.4. Los países pueden enjuiciar legítimamente a las personas que transmiten el VIH en caso de haber transmisión efectiva e intencional, utilizando la ley penal general, pero tales procesos judiciales deben ser llevados a cabo con cuidado y requieren altos estándares de evidencia y prueba.

2.5. Las condenas a aquellos que han sido exitosamente enjuiciados por exposición al VIH, no revelación o transmisión del mismo deben ser revisadas. Tales condenas deben ser anuladas o los acusados deben ser liberados inmediatamente de prisión mediante amnistías o acciones similares para asegurar que estos cargos no permanezcan en sus antecedentes legales o en registros de delitos sexuales.

CAPÍTULO 3

RIESGO + ESTIGMA

Poblaciones clave[e]

Fuente : UNAIDS/South Africa

Las experiencias vividas por de los personas trabajoras del sexo, las personas que utilizan drogas y las personas LGTB (lesbianas, gays, transexuales y bisexuales) muestran la imposibilidad de los gobiernos de estigmatizar a las personas por un lado yal mismo tiempo ayudarlasrealmente a reducir el riesgo de transmisión y exposición al VIH por el otro.

Anna Forbes, Sex WorkersCoalition (Coalición de Personas trabajadores del sexo), EE.UU., Diálogo de los Países de Altos Ingresos, 16–17 de septiembre de 2011

Para salvaguardar su salud y la de los demás, las poblaciones clave –las personas que se encuentran bajo mayor riesgo de infección de VIH (incluyendo HSH, las personas trans, las personas trabajadoras del sexo, personas que utilizan drogas, prisioneros e inmigrantes en situación de riesgo)– deben tener acceso a prevención y tratamiento efectivos del VIH y a productos básicos como agujas y jeringas limpias, preservativos y lubricante. Numerosos organismos internacionales opinan que el suministro de estos elementos es una obligación de derechos humanos. Pero una aguja o un preservativo es sólo la representación concreta de aquello a lo que tienen derecho las poblaciones clave (como todos): los derechos humanos fundamentales a la dignidad, la autonomía y a no ser maltratados, así como también el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, independientemente de su sexualidad o estatus legal.[79]

Los países y los donantes no logran invertir suficientemente en los pocos onerosos productos básicos que pueden detener la infección o en los programas para promoverlos y distribuirlos, y algunos gobiernos criminalizan su posesión. No solamente los estados no logran proteger de la violencia a las personas vulnerables al VIH

[e] De acuerdo con la Alianza Internacional VIH/SIDA, las poblaciones clave son grupos de personas que tienen más probabilidades de estar expuestas al VIH o transmitirlo y cuya participación es crucial para dar una respuesta exitosa al VIH. En todos los países, las poblaciones clave incluyen las personas que viven con VIH. En la mayoría de los contextos, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas trans, las personas que se inyectan drogas y las personas trabajadoras del sexo y sus clientes tienen un mayor riesgo de exposición al VIH que otros grupos. Consulte, UN Political Declaration to Shape HIV Response, International HIV/AIDS Alliance, June 17, 2011, available at: http://www.aidsalliance.org/newsdetails.aspx?id=290951%20.

EL PODER DE LA FE

La religión y las comunidades religiosas pueden proporcionar socorro emocional y apoyo social a las personas que viven con VIH o que son vulnerables a éste. Las instituciones religiosas a menudo han estado al frente del cuidado de las personas que viven con VIH, y algunas juegan un rol importante en la prevención. Pero las interpretaciones religiosas estrechas y punitivas –especialmente de común acuerdo con la ley– pueden también tornar más vulnerables a quienes están bajo mayor riesgo, al condenar y criminalizar sus identidades y comportamientos. Algunos países esgrimen argumentos religiosos para eximirse de ser garantes de los derechos humanos internacionales de igualdad y de las prohibiciones de castigo inhumano. Por ejemplo, Egipto ha utilizado su derecho de reserva bajodiversos acuerdos internacionales, incluyendo CEDAW –la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer– pues argumentar que ciertos artículos están en conflicto con la Sharia.[80]

Recientemente, los evangélicos cristianos pentecostales de Uganda, con la ayuda de sus contrapartes de Estados Unidos, han impulsado una draconiana ley anti-homosexualidad, que originalmente demandaba la pena de muerte en algunas circunstancias. Esfuerzos similares están en marcha en Malawi, República del Congo, Zambia, Zimbabue y Moldavia.[81] En América Latina, algunos países africanos, las Filipinas y otros lugares, la Iglesia Católica ha impedido la educación sexual y la distribución de preservativos y ha intervenido para limitar los derechos de las personas VIH-positivas.[82] EY en el cierre de la Conferencia de Alto Nivel sobre VIH en 2011, la Santa Sede camufló de las personas VIH -positivas bajo un lenguaje de la preocupación por ellas, asegurando que "las causas del [VIH/SIDA] claramente reflejan una grave crisis de valores."[83] En una expresión sutil del rechazo de la Iglesia a la reducción del daño y otras probadas estrategias pragmáticas de prevención –e incluso el principio de que todas las personas nacen con dignidad– su vocero dijo: "La prevención, primero y ante todo, debe estar dirigida hacia la formación y la educación en el comportamiento humano responsable o, en otras palabras, a la dignidad humana adquirida".[84] PAl mismo tiempo, muchas instituciones religiosas han sido actores cruciales en la respuesta al VIH. En Malasia, donde el uso de drogas inyectables es el principal motor de la transmisión del VIH, el Consejo Malayo del SIDA se ha asociado con el Departamento de Desarrollo Islámico del gobierno para promover respuestas de salud pública al VIH basadas en la evidencia y remplazar al conservadurismo ideológico por el pragmatismo.[85] Mauritania se ha comprometido a respetar los derechos humanos en sus esfuerzos por reconciliar el defectuoso pero parcialmente valioso modelo de Yamena con la ley islámica. Y el proyecto budista DhammaMettaen Laos trabaja con las comunidades en la prevención y la atención del VIH y ofrece apoyo espiritual a las personas que viven con VIH en todo el sudeste asiático.[86]

Es claro que todas las principales tradiciones religiosas, así como otros sistemas legales consuetudinarios, cuentan con doctrinas o teología que pueden ser utilizadas para luchar contra la discriminación y la exclusión; para proteger la privacidad y la salud; y para apoyar medidas de salud pública que reduzcan el daño a las poblaciones clave, a las personas que viven con VIH y quienes forman parte de su entorno. Desafortunadamente, muchas tradiciones religiosas también tienen otros elementos de doctrina que son citados para justificar una penalización extremadamente dura deltrabajo sexual, el uso de drogas o el comportamiento homosexual –a veces hasta el punto de la pena de muerte. La Sharia puede ser interpretada de forma que otorga a los hombres poder sobre las mujeres. Todo esto aumenta la vulnerabilidad al VIH.

Para aliviar el sufrimiento, los actores religiosos y seculares deben trabajar juntos para armonizar las prácticas de la fe con los ideales de los derechos humanos. Este progreso es posible. La noción de los derechos humanos fundamentales surgió de conceptos de la ley natural, a menudo basados en la dignidad humana atribuida a las características divinas de la humanidad.

o asegurar su acceso a la justicia sino que los gobiernos se quedan de brazos cruzados mientras sus agentes administran mensajes de disgusto y desprecio de parte de la sociedad –golpizas, extorsiones, tortura, arrestos selectivos o arbitrarios, sanciones absolutamente desproporcionadas a la supuesta falta, condiciones inseguras en las cárceles, y maltrato, en vez de protección en los casos de violencia.

Tales prácticas abusivas son usualmente ilegales, pero persisten. No son simplemente los actos aberrantes de un pequeño número de policías mal entrenados. En muchos casos, la policía comete actos violentos y discriminatorios debido a que la ley y las actitudes sociales, al menos tácitamente, la autorizan a hacerlo, en nombre de la seguridad, el orden o la moral públicos. Cuando la ley castiga el uso de drogas, el trabajo sexual, y ciertos comportamientos e identidades sexuales, las poblaciones clave no pueden contar con la policía para que las protejan de la violencia ni buscar reparación legal cuando son sus víctimas, especialmente cuando los perpetradores son policías. Después de todo, ante la ley, la persona trans o la persona trabajadora del sexo es el "criminal". Esa falta de justicia refuerza el clima de impunidad policial. Juntas, las leyes punitivas, la aplicación discriminatoria y las barreras sistemáticas a la justicia violan los derechos humanos básicos de las poblaciones clave; de hecho, prácticamente garantizan tal violación.

Pero aun donde es actualmente imposible reconstruir el edificio de la ley, pueden llevarse a cabo los cambios sociales –incluso legales. Ningún gobierno explícitamente permite la brutalidad policial: tales acciones pueden ser investigadas y castigadas. El estigma y la discriminación, de manera similar, puede ser impugnada, –si no por el gobierno, si por las organizaciones comunitarias y no gubernamentales (ONG). Y de la misma manera en que el ciclo de discriminación, violencia y descuido gubernamental de las poblaciones clave levanta barreras a la prevención del VIH, el tratamiento y la atención, estos cambios graduales pueden ayudar a desmantelar estas barreras.

RECOMENDACIÓN

3. Para asegurar una respuesta efectiva y sostenible al VIH que sea consistente con las obligaciones de los derechos humanos, los países deben prohibir la violencia policial contra las poblaciones clave. Los países deben también apoyar los programas que reducen el estigma y la discriminación contra las poblaciones clave y proteger sus derechos.

3.1 PERSONAS QUE UTILIZAN DROGAS

Fuente : UNAIDS/Eastern Europe

Tuve muchos problemas de violaciones de derechos humanos cuando utilizaba drogas. Era presionado constantemente por la policía. Con frecuencia fui maltratado por el solo hecho de ser usuario de drogas y fui torturado repetidamente durante los interrogatorios. Se me negó el acceso a la atención médica cuando sufría de fiebre alta y de abscesos.

Maxim Demchenko, ONG Light of Hope (Luz de Esperanza) – Poltava, Ucrania, Diálogo Regional de Europa del Este y Asia Central, 18–19 de mayo de 2011

Entre los mayores riesgos del consumo de drogas está la elevada exposición a la infección con el VIH. El riesgo de contraer el VIH es particularmente elevado para aproximadamente 16 millones de personas que se inyectan drogas en todo el mundo. Se han reportado cerca de 3 millones de personas con el VIH, y aproximadamente una de cada diez nuevas infecciones está relacionada con el consumo de drogas inyectables.[87] Y si bien compartir agujas y jeringas infectadas es la ruta más común de transmisión del VIH entre quienes utilizan drogas, otras prácticas relacionadas con las mismas también pueden poner a las personas en riesgo. Compartir algún otro accesorio del consumo de drogas también puede transmitir el VIH, y muchas otras formas de drogas pueden llevar a mayores tasas de actitudes sexuales riesgosas.[88]

El VIH no es el único daño que sufren las personas que utilizan drogas: el uso excesivo o la adicción pueden infligir muchas otras lesiones a la salud y la vida. Pero no son sólo las drogas las que pueden poner en peligro a quienes las usan, ni las drogas más el escaso acceso de quienes las utilizan a los servicios de salud y atención del VIH.[89] Las leyes punitivas que se aplican contra las personas que utilizan drogas pero que no causan daños a los demás contribuyen a la propagación del VIH y mantienen a las personas que consumen drogas lejos del acceso a los servicios de atención del VIH y la salud.[90]

El VIH puede ser transmitido entre personas que consumen drogas a través de prácticas inseguras de inyección, como compartir agujas en las que la sangre infectada con VIH perdura. Si las personas VIH-positivas que consumen drogas tienen relaciones sexuales sin preservativo, el virus puede ser transmitido a sus parejas sexuales. La reducción del daño puede significar la diferencia entre la salud y una infección con el VIH –entre la vida y la muerte– no sólo para las personas que se inyectan drogas, sino también para sus parejas

¿QUÉ ES LA REDUCCIÓN DEL DAÑO?

La "reducción del daño" se refiere a las políticas, programas y prácticas dirigidas a reducir los daños asociados con el consumo de drogas ilegales – pero no la prevención o el cese del consumo de drogas. La reducción del daño se centra en las personas que, por la razón que fuere, continúan utilizando drogas, ayudándolas a proteger su salud y la de quienes los acompañan en el consumo de las drogas, sus parejas sexuales, o sus niños.[91]

La Asamblea General de la ONU, la Comisión sobre Drogas Narcóticas de la ONU, los organismos de derechos humanos de la ONU y las agencias especializadas como la OMS recomiendan un paquete integral para la prevención, el tratamiento y la atención del VIH entre quienes utilizan drogas inyectables, que incluye:

- Programas de agujas y jeringas limpias
- Terapia de sustitución de opiáceos y otros tratamientos basados en la evidencia contra la dependencia de las drogas
- Pruebas del VIH y consejería
- Terapia antirretroviral
- Prevención y tratamiento de las ITS
- Distribución de preservativos
- Información y educación dirigida a poblaciones específicas
- Vacunación, diagnóstico y tratamiento de hepatitis viral
- Prevención, diagnóstico y tratamiento de la tuberculosis[92]

sexuales y sus comunidades. Múltiples revisiones sistemáticas de evidencia han mostrado que los países o jurisdicciones que han legalizado los servicios integrales de reducción del daño han reducido significativamente las infecciones con VIH entre quienes utilizan drogas, en comparación con las persistentes o crecientes tasas en países o jurisdicciones donde tales servicios están restringidos o son impedidos por la ley.[93]

Las diferencias pueden ser impactantes, como es el caso de dos ciudades en Escocia. Edimburgo prohibió efectivamente la compra y posesión de jeringas sin una prescripción en 1981 y tenía una prevalencia del VIH entre quienes consumen drogas inyectables de más del 50% para 1984.[94] En Glasgow, sin embargo, la compra y posesión de jeringas fue permitida, y la prevalencia del VIH entre quienes consumen drogas permaneció muy baja, entre el 1% y el 2%.[95]

LEYES INTERNACIONALES Y NACIONALES DE DROGAS

Tres convenciones de la ONU gobiernan el sistema de control internacional contemporáneo de drogas. La Convención Única sobre Estupefacientes (1961) establece que los estupefacientes (tales como el opio, la cocaína, la marihuana y sus derivados) deben ser producidos, distribuidos, poseídos y utilizados únicamente para propósitos médicos y científicos.[96] La Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971 establece restricciones similares sobre las sustancias psicotrópicas mayormente sintéticas, tales como anfetaminas, barbitúricos, benzodiacepinas y las drogas psicodélicas.[97] La Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988 promueve la cooperación entre los estados para abordar la dimensión internacional del tráfico.[98]

"También propongo que trabajen para cerrar los "centros de detención compulsiva para personas que consumen drogas" donde muchas personas que consumen drogas son detenidas, y donde sin embargo el control de las cortes y el sistema de justicia no llega, y donde como resultado las violaciones a los derechos humanos fundamentales son la norma. Fracasando en "tratar" exitosamente a las personas que consumen drogas, y asemejándose a los campos militares de entrenamiento, donde con frecuencia están ubicados, estos ´centros de rehabilitación´ de personas que consumen drogas en Tailandia son solo una medida extrajudicial para detener a las personas que consumen drogas, aunque los detenidos gocen de menos derechos aun que las personas que están en la cárcel."[99]

Kamon Uppakaew, Thai AIDS Treatment Action Group (Grupo Tailandés de Acción para el Tratamiento del SIDA), Tailandia, Diálogo Regional Asia-Pacífico, 16–17 de febrero de 2011

Debido a que el tráfico de drogas daña a la sociedad, estas convenciones apuntan a reducir la oferta de drogas, mayormente a través de sanciones penales.[100] Sin embargo, mientras las convenciones permiten el tratamiento, la rehabilitación y la reintegración social –en vez del castigo– el enfoque hacia las personas que utilizan drogas ha sido predominantemente represivo.[101] En casi todas partes, las políticas de drogas están en la órbita de la aplicación de la ley y no de la salud, y proscriben el uso y la posesión personal de drogas. Algunas leyes también establecen obligatoriamente el tratamiento para la drogodependencia, el análisis ante la sospecha de consumo de drogas, y el registro de personas que consumen drogas.[102]

Varias décadas de experiencia muestran que las leyes y políticas represivas de control de drogas no logran cumplir sus pretendidos objetivos, ya sea en la lucha contra el crimen o en la reducción del consumo de drogas o del daño relacionado con el consumo de drogas. Empeoran la salud y contribuyen a la creciente violación de los derechos humanos de las personas que consumen drogas.[103] Y decididamente no detienen la infección del VIH.[104]

LAS GUERRAS CONTRA LAS DROGAS Y SUS VÍCTIMAS

Intencionalmente o no, las "guerras contra las drogas" son guerras contra las personas que consumen drogas, y estas personas se enfrentan al acoso y la violencia policiales y al encarcelamiento; a la discriminación en la atención de la salud, la vivienda, el empleo y la escolaridad; y a la discriminación política. Los agentes de policía, presionados para alcanzar cuotas de arrestos, buscan blancos fáciles. Debido a que están social, económica y legalmente marginalizados, a veces viviendo en las calles o en barrios altamente vigilados por la policía, las personas que consumen drogas son blancos fáciles.[105] En Georgia, un operativo contra las drogas en 2007 dio como resultado que un 4% de la población masculina de Georgia fue analizada para detectar el consumo de drogas, y muchos fueron forzados a someterse a dichas pruebas; además, 35% de estos hombres fueron arrestados por delitos relacionados con las drogas.[106]

Fuente : UN/Photo/Shehzad Noorani/HIV-positive drug user peer support group, Vietnam

"EL ARCHIPIÉLAGO DE LA REHABILITACIÓN"

"Human RightsWatch ha encontrado que decenas de miles de personas en centros de detención para personas que consumen drogas, administrados por el gobierno, permanecen encerradas durante años sin el debido proceso, y se ven obligadas a trabajar por poco o ningún pago y sufren torturas y violencia física. Los centros de detención para personas que consumen drogas, administrados por el Gobierno, tienen la misión de "tratar" y "rehabilitar" a quienes consumen drogas, pero, en la práctica, no son más que campos de trabajos forzados donde las personas que consumen drogas trabajan seis días a la semana procesando anacardos (marañón o cajú), cosiendo prendas de vestir o fabricando otros artículos. Negarse a trabajar, o incumplir las normas del centro, se traduce en castigos que en algunos casos constituyen torturas."

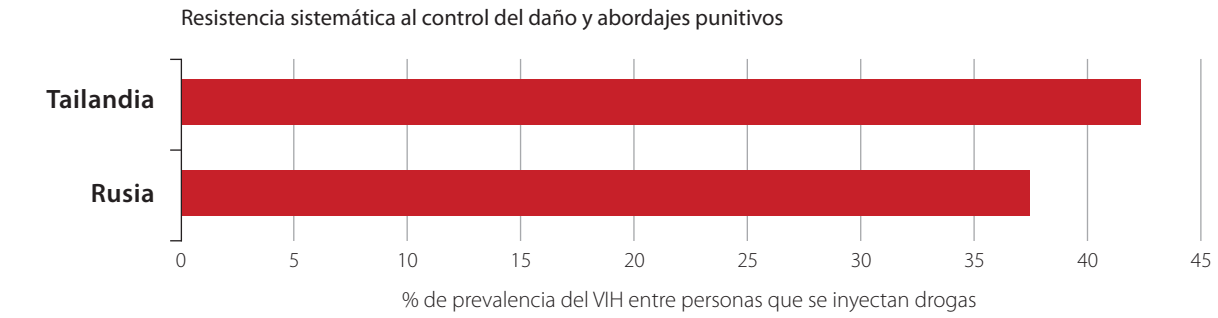
Human RightsWatch, El Archipiélago de la Rehabilitación[107]

En muchos países de Europa del Este y Asia Central, las personas que consumen drogas son inscritas en registros de drogas. Estos registros marcan a las personas que consumen drogas como enfermas y peligrosas, a veces para toda la vida (en algunos lugares, una persona que deja de usar drogas no es eliminada del registro). Estos registros también pueden tener como resultado la denegación de empleo, viaje e inmigración; pérdida de la custodia de niños; y acoso policial.[108] La "rehabilitación" en algunos países puede ser a menudo un castigo apenas disimulado. En Camboya, Malasia, China y Vietnam, muchas personas que consumen drogas soportan tratamientos involuntarios en cárceles o centros de detención de para drogodependientes. En estos lugares, bajo el pretexto de realizarles un tratamiento, las personas que consumen drogas sufren humillaciones, golpizas y trabajo forzado – todos los cuales constituyen abusos contra sus derechos humanos fundamentales.[109] El encierro aumenta aun más el riesgo de transmisión del VIH: los internos, que tienen poco o ningún acceso a preservativos, agujas y jeringas esterilizadas o terapia de sustitución de opiáceos, participan de relaciones sexuales sin protección y comportamiento de alto riesgo alinyectarse.[110] Recientemente, Malasia e Indonesia han rechazado el abordaje del "centro de detención para personas que consumen drogas" en favor de un tratamiento voluntario, basado en la comunidad.[111]

"Quienes consumen drogas no suelen comprar jeringas si no está permitido libremente pues temen ser arrestados en la farmacia. Los agentes de policía merodean en las cercanías esperando para golpear, arrestar o extorsionar a quienes consumen drogas y buscan ayuda."

Pun, Nepal, para el Diálogo Regional Asia-Pacífico, 16–17 de febrero de 2011

La criminalización del consumo de drogas socava la educación, prevención y tratamiento del VIH basados en los derechos humanos, incluyendo a los programas de reducción del daño.[112] Un informe de 2010 que hace una revisión de los programas de reducción del daño en Asia encontró que al menos uno de los servicios básicos de reducción del daño está prohibido por ley en Camboya, China, República Democrática Popular de Laos, Myanmar, Malasia, Filipinas, Afganistán, Bangladesh, India, Maldivas, Nepal y Pakistán.[113] De hecho, muchos países criminalizan intervenciones de probada eficacia como el acceso a jeringas[114] y el tratamiento asistido con medicamentos para la dependencia de opiáceos.[115] En



Fuentes: Guerra a las Drogas, Informe de la Comisión Global de Políticas sobre Drogas, 2011; Mathers B et al., para el 2007 Reference Group to the UN on HIV and Injecting Drug Use: Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: A systematic review. *The Lancet*, Volumen 372, No. 9651, 2008; Mathers B et al., HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: A systematic review of global, regional and country level coverage. *The Lancet*, Volumen 375, No. 9719, 2010.

Rusia y Tailandia, las personas que se inscriben en programas públicos de tratamiento para las drogas son incluidas en registros – lo cual, demás está decirlo, los disuade de buscar tratamiento.[116]

El miedo a la acción de la policía hace que las personas que consumen drogas sean recelosas y furtivas. Puede que eviten llevar consigo equipamiento esterilizado para inyectarse, lo cual está explícitamente penalizado en algunos países y/o es utilizado por la policía como evidencia del consumo de drogas.[117] Se inyectan rápidamente para evitarser descubiertos,[118] desechan de forma inapropiada las jeringas[119] o las reutilizan.[120] En Rusia, donde se registran 150 nuevos casos de infección con el VIH diariamente, 7 de cada 10 nuevos infectados son personas que se inyectan drogas[121] pero los programas de tratamiento de drogas no brindan servicio o cuidado alguno en relación a la transmisión del VIH a través de las prácticas inseguras de inyección, y la Estrategia de Políticas Antidrogas del Estado restringe los programas de reducción del daño y la promoción de la reducción del daño dentro del territorio de la Federación Rusa, incluyendo la prohibición de la terapia de sustitución de opiáceos hasta el 2020.[122] La Red para la Reducción del Daño en Rusia busca eliminar esta y muchas otras cláusulas contraproducentes del plan.[123]

NO RECURRIR A LA POLICÍA

Entendiendo que las políticas más humanas son más efectivas en el combate del daño relacionado con las drogas y que las punitivas causan

MENOS SANCIONES, MENOS CONSUMO DE DROGAS
El éxito de Portugal

El 1 de julio de 2001, entró en vigencia en Portugal una ley que despenalizó la posesión y el consumo de drogas ilícitas en cantidades lo suficientemente pequeñas como para suponer su consumo personal. El tráfico de drogas no dejó de ser un delito penal, y la posesión y consumo de drogas son aun ilegales, pero estas últimas infracciones conllevan sólo penas administrativas, de la misma manera que lo haría una multa por mal estacionamiento. En vez de la cárcel u otras consecuencias penales, como establecían las leyes anteriores, las personas que son descubiertas en posesión de drogas o consumiéndolas deben presentarse anteun panel compuesto por un psicólogo, un trabajador social y un asistente legal. El panel puede imponer alguna de una serie de sanciones previstas, incluyendo multas, servicio comunitario y suspensión de licencias profesionales. Para quienes son drogodependientes, el panel puede obviar la sanción y más bien ordenar a la persona que asista a un programa educativo o reciba tratamiento. El número de personas que ingiere metadona y buprenorfina para tratar la drogodependencia se elevó de 6.040 a 14.877 luego de la despenalización. Este tratamiento es financiado con el dinero que Portugal ahorra en policía y cárceles.[124]

Portugal tiene ahora una de las tasas más bajas de personas que han consumido la marihuana alguna vez en la vida en la UE, es decir 8,2%, comparado con 25% de la UE en general. Los datos también demuestran una caída en el consumo de las drogas por los adolescentes; la tasa de quienes han consumido heroína alguna vez en la vida entre la población de 16 a 18 años cayó del 2,5% al 1,8%.[125]

Las nuevas infecciones de VIH entre personas que consumen drogas cayó un 17% de 1999 a 2003, mientras que menos personas murieron por causas relacionadas con drogas.[126]

efectos adversos sobre los individuos y las comunidades, algunos gobiernos están remplazando la vigilancia policial por la promoción de la salud pública. Más de la mitad de los 158 países y territorios donde se ha reportado el consumo de drogas inyectables han adoptado este tipo de políticas y programas.

En 2010, de estospaíses:[127]

- 93 apoyaron la reducción del daño en las políticas o en la práctica
- 79 se refirieron explícitamente y en forma positiva a la reducción del daño en documentos de políticas nacionales

- 82 contaban con programas de cambio de agujas y jeringas
- 10 contaban con programas de cambio de agujas y jeringas en las cárceles
- 74 ofrecían terapia de sustitución de opiáceos
- 39 ofrecían terapia de sustitución de opiáceos en las cárceles
- 8 contaban con salas para consumo de drogas

La Enmienda a la Ley del Abuso de Drogas de 1987 (*Misuse of DrugsAmendmentAct 1987*) de Nueva Zelanda eliminó las sanciones penales por la venta de agujas y jeringas a las personas que se inyectan drogas. Esto abrió el camino para que los usuarios de drogas usen los servicios de VIH basados en evidencia para las personas que consumen drogas[128] –sin que se haya demostrado un aumento resultanteen el consumo o posesión de drogas. Australia, Alemania y el Reino Unido tomaron decisiones similares, logrando bajas tasas de transmisión del VIH entre las personas que consumen drogas –o bajo de sospecha deque hayan podido transmitir el virus– y la población en general.[129] Suiza rechazó las políticas represivas de drogas y las prácticas policíacas en favor de un enfoque basado en la salud pública con regulación. ¿El resultado? Tasas más bajas de VIH y mejores resultados en la salud de las personas que consumen drogas.[130] En 2005 la República Islámica de Irán decidió que quienes consumen drogas inyectables deben ser tratados como pacientes por el sistema de salud pública. La tasa de nuevas infecciones de VIH, en ascenso desde 2005, ha caído desde entonces.[131]

La regulación de drogas ilícitas puede tener un impacto positivo en la reducción del VIH.[132] Por eso algunos expertos han abogado por la despenalización sin legalización completa de las drogas usadas con objetivos no médicos. Bajo el marco de la despenalización, la posesión o consumo de drogas en pequeñas cantidades sigue prohibida por el estado, pero las infracciones caen en la órbita de la ley civil o administrativa, y las penas son menores. De la misma manera, algunos países han reconocido que quienes consumen drogas a veces venden pequeñas cantidades para su sustento personal o su supervivencia; entendiendo que esto está lejos de ser un delito de tráfico importante. Los legisladores han enmendado las normas para acoger esta diferencia.[133] Brasil despenalizó la posesión y el consumo personal de drogas en 2004, y en marzo de 2008 la Corte de Apelaciones declaró inconstitucional la prosecución penal por posesión de drogas.[134] Y, a pesar de su devastadora guerra contra las drogas, México adoptó en 2009 legislación que despenaliza la posesión de pequeñas cantidades de drogas –incluyendo cocaína, marihuana, heroína, metanfetamina y LSD– para "uso personal e inmediato".[135] Estos cambios legales eliminan el miedo al arresto y el estigma, y estimulan a las personas que consumen drogas a hacerse un análisis de VIH o acceder al tratamiento. El uso de drogas no ha crecido en ninguno de estos países a raíz de estas reformas de la ley.[136]

En donde la posesión de las drogas es aun ilegal, algunos gobiernos han capacitado a la policía para mostrar sensibilidad hacia quienes consumen drogas y desalientan que los fiscales traten de obtener sanciones penales, especialmente privación de la libertad. En 2002, al menos 27 ciudades de Suiza, Alemania, Australia y otros lugares han acondicionado sitios supervisados donde los usuarios de drogas pueden inyectarse en un ambiente seguro, higiénico y sin riesgo de ser arrestados.[137] En su decisión, en setiembre de 2011, de mantener abierta una sala de inyección llamada *Insite* en Vancouver, la Corte Suprema

de Canadá se refirió a la Carta Canadiense de Derechos y Libertades, la cual obliga al estado a proteger los derechos humanos de todas las personas - incluso las que consumen drogas, señaló la Corte. Haciendo notar que "un tratamiento [del VIH] exitoso requiere reconocer las dificultades de llegar a una población marginalizada por complejos problemas de salud mentales, físicos y emocionales", la Corte también declaró que las personas que consumen drogas no deben ser forzadas a elegir entre la abstinencia, y renunciar a los servicios de salud.[138]

RECOMENDACIONES

Para asegurar una respuesta efectiva y sostenible al VIH que es consecuente con las obligaciones hacia los derechos humanos:

3.1. Los países deben reformar su abordaje hacia la utilización de drogas. En vez de castigar a las personas que consumen drogas y no dañan a otros, deben ofrecerles acceso a servicios eficaces de salud y del VIH, incluyendo la reducción del daño y el tratamiento voluntario y basado en la evidencia para la drogodependencia. Los países deben:

3.1.1 Cerrar todos los centros de detención forzosa de personas que consumen drogas y remplazarlos por servicios voluntarios, basados en la evidencia, para el tratamiento de la drogodependencia.

3.1.2 Abolir los registros nacionales de personas que utilizan drogas, los análisis forzosos obligatorios del VIH y los tratamientos forzosos para las personas que consumen drogas.

3.1.3 Rechazar condiciones punitivas tales como la prohibición a nivel nacional del gobierno de los Estados Unidos de financiar programas de reemplazo de agujas y jeringas que impiden a las personas que utilizan drogas el acceso a los servicios de VIH.

3.1.4 Despenalizar la tenencia de drogas para uso personalcomo reconocimiento de que el impacto neto de tales sanciones a menudo perjudica a la sociedad.

3.1.5 Tomar acciones decididas, en colaboración con la ONU, y los organismos internacionales para revisar y reformar las leyes pertinentes, en consonancia con los principios enunciados anteriormente, incluidas las convenciones del control internacional de las drogas de la ONU: la Convención Única sobre Estupefacientes (1961); la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas (1971); la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988) y el Consejo del Control Internacional de Narcóticos.

.

3.2 PERSONAS TRABAJADORAS DEL SEXO

Fuente : UN Photo/Shehzad Noorani/Sex work, Thailand

El público en general nos llama "portadoras del SIDA", y nos excluye de las actividades comunitarias. Nosotras nos enfrentamos a la discriminación en todas las áreas públicas inclusive nuestros centros de trabajo, si tenemos otro trabajo. Las personas trabajadoras del sexo sufren la violencia de la comunidad en general, que no opina que merecemos protección. Las personas trabajadoras del sexo a menudo somos rechazadas por nuestras familias y nuestros pares, y para las personas trabajadoras del sexo transexuales y VIH-positivas, el estigma puede ser aun mayor.

FriendsFrangipani, Papúa Nueva Guinea, Diálogo Regional Asia-Pacífico, 16–17 de febrero de 2011

Más de 100 países criminalizan explícitamente algunos aspectos del trabajo sexual.[139] Algunos países, como la mayor parte de los Estados Unidos, Cuba, China, Irán, Vietnam y Sudáfrica, lo prohíben completamente.[140] Algunos países de Europa Occidental, América Latina y el Canadá persiguen solo actividades relacionadas, tales como la operación de burdeles o el tráfico de trabajadores del sexo, la comunicación con intenciones de prostitución, ofrecimiento de sexo en la calle y vivir del trabajo sexual. Noruega y Suecia[141] arrestan a los clientes de las personas trabajadoras del sexo, pero no a los trabajadoras mismos. Este abordaje, llamado el "enfoque sueco", es considerado más justo para las personas trabajadoras del sexo, a quienes sus defensores perciben más bien como víctimas.[142] Este enfoque ha sido aplicado en otros países y en realidad ha tenido graves consecuencias para los trabajadores.[143]

Algunos gobiernos implementan leyes anti-tráfico de personas en forma tan amplia que confunden el intercambio voluntario y consensuado de sexo por dinero con el tráfico explotador, coercitivo y a menudo violento de personas (principalmente mujeres y niñas) con el propósito de utilizarlas para el sexo.[144] Las municipalidades pueden prohibir el sexo comercial bajo la autoridad de estatutos redactados de forma imprecisa que se refieren a la "decencia pública"; la "moralidad" e incluso la violación;[145] las leyes sobre "molestias" para los vecinos que prohíben la vagancia y la holgazanería; o regulaciones de zonificación o sanitarias.[146] Aunque estos estatutos a menudo no mencionan las palabras "trabajador del sexo" o "prostituta", dan sin embargo a la policía una amplia libertad para arrestar y detener a trabajadores del sexo y dan al estado el soporte legal para llevar a cabo exámenes médicos obligatorios, lo que constituye un abuso contra los derechos humanos fundamentales. Algunas veces, la policía utiliza la mera posesión de preservativos como evidencia del trabajo sexual.[147] Aun si las personas trabajadoras sexuales son detenidas brevemente, su vida laboral es vejada

EL TRABAJO SEXUAL Y EL DERECHO

Fuente: Unión Interparlamentaria (IPU), ONUSIDA, PNUD: Informe para parlamentarios sobre VIH y SIDA. Hacer que la ley responda al VIH, 2011.

En cuanto terminó el sexo, el hombre comenzó a darme cachetadas y esposarme y vació mi cartera y se llevó todo mi dinero, no solo lo que me paga... ¿Cómo puedo ir yo a la policía y hacer una denuncia cuando el trabajo sexual en realidad no es legal?

Trabajadora sexual de Guyana, Diálogo Regional del Caribe, 12–13 de abril de 2011[148]

por el acoso y el miedo. Estas leyes codifican una profunda discriminación; y reflejan el desprecio de la sociedad en general hacia las personas trabajadoras del sexo, ya sean mujeres, hombres o personas transgénero.

PENALIZACIÓN + ESTIGMA = PELIGRO

Para las personas trabajadores del sexo, especialmente aquellas personas no conformes con su género, la amenaza de violencia –ya sea de la policía o de los clientes– es una realidad cotidiana. La penalización, junto con el estigma social, hace las vidas de las personas trabajadoras del sexo más inestables, menos seguras y mucho más riesgosas en términos del VIH.[149] No existe la protección legal contra la discriminación y el abuso cuando el trabajo del sexo está penalizado.[150]

- Las leyes invitan al acoso y la violencia policial y empujan al trabajo del sexo a la clandestinidad, donde es más difícil negociar condiciones más seguras y el uso consistente del preservativo.[151] Algunos trabajadores del sexo tienen miedo de llevar preservativos, que se utilizan como evidencia contra ellos, a veces como una provisión explícita de la ley.[152]

- La violencia policial impide a las personas trabajadoras del sexo buscar la ayuda de la policía, lo que arraiga una cultura de más violencia policial y de los clientes.[153]

- Las personas trabajadoras del sexo estigmatizadas y penalizadas no pueden acceder a programas de prevención y atención para el VIH.[154]

- Los delincuentes y los clientes utilizan la amenaza de sanciones penales para controlar y explotar a las personas trabajadoras del sexo.[155]

- Las violaciones y las agresiones son difíciles de denunciar cuando la trabajadora del sexo teme

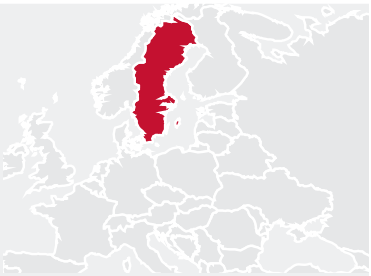
ser arrestada, y la violencia sexual aumenta su exposición al VIH.[156]

- Trabajar en el sector informal reduce el acceso del trabajador sexual a la vivienda, aumentando así su dependencia de otros, incluyendo los proxenetas.[157]

"NO-PERSONAS" LEGALES

Algunas leyes no solo penalizan el trabajo sexual y las actividades relacionadas a éste sino también niegan a las personas trabajadoras del sexo derechos civiles fundamentales. Las personas trabajadoras del sexo no pueden ser propietarias ni heredar propiedades; no pueden registrar el

LA VICTIMIZACIÓN DE LA "VÍCTIMA"
El enfoque sueco



Proclamado como una estrategia legal menos punitiva y más sensible al género para reducir y, en última instancia, eliminar el trabajo sexual, el "enfoque sueco" penaliza al cliente y no al trabajador. Basado en la premisa de que las mujeres que realizan trabajo sexual necesitan protección, considera a la trabajadora sexual la "víctima" y al cliente como el "explotador". Desde su aprobación en 1999, la ley no ha mejorado –de hecho ha empeorado– la vida de las trabajadoras del sexo.[158] Las cifras de los efectos de la ley hasta el momento son las siguientes:[159]

Intercambio clandestino, más violencia

El trabajo sexual en la calle en Suecia se ha reducido a la mitad, de acuerdo a la policía, pero el comercio del sexo se mantiene en los niveles previos a la ley. Simplemente se ha escondido más,[160] en hoteles y restaurantes, así como en la Internet – y en Dinamarca. El Departamento Criminal del Estado Sueco advierte que el comercio del sexo ahora puede ser más violento. Especialmente preocupante es el comercio de mujeres extranjeras, quienes a menudo caen bajo el completo control de proxenetas.[161]

Pocos juicios y condenas

La Alianza de Condados de Suecia sostiene que faltan recursos para el trabajo social ya que los fondos se han desviado hacia el trabajo policial. A pesar de más de 2.000 arrestos, solo 59 clientes han sido denunciados bajo sospecha de contratar sexo ocasional. Solo dos han sido condenados, luego de declararse culpables. Nadie ha ido a la cárcel, y solo se han impuesto multas pequeñas, de acuerdo a la ley.es casi imposible obtener evidencia para probar un delito. Los trabajadores no se consideran a sí mismos víctimas y casi siempre se niegan a prestar testimonio contra sus clientes.[162]

Críticas y organización

La ley le ha dado impulso a la formación de una organización de derechos de las personas trabajadoras del sexo en Suecia, quienes han planteado enérgico argumentos contra la ley.[163] Algunas autoridades suecas están demandando una evaluación de la manera en que la nueva legislación está afectando la prostitución clandestina.

El Compromiso Anti-prostitución del PEPFAR

Todas las organizaciones fuera de los EE.UU. que reciben dinero bajo el PEPFAR deben firmar el compromiso. Dice, en parte:

"El gobierno de los EE.UU. se opone a la prostitución y las actividades relacionadas, las cuales son inherentemente dañinas y deshumanizantes, y contribuyen al fenómeno del tráfico de personas.Ningún fondo disponible según los términos de este acuerdo será utilizado para promover ni abogar por la legalización o el ejercicio de la prostitución o el tráfico sexual".[164]

El compromiso pone a los beneficiarios en una situación sin salida. Si no lo firman, se les niegan los fondos que necesitan para controlar y combatir el VIH. Si lo firman, las organizaciones beneficiarias no pueden apoyar a las personas trabajadoras del sexo para tomar el control de sus propias vidas – lo que equivale a decir, su propia salud y la de sus familias y clientes, incluyendo los pasos necesarios para evitar el VIH y prevenir su propagación.

nacimiento de sus hijos; ni acceder a la educación, justicia, servicios de salud y bancarios; ni comprar un inmueble o adquirir servicios públicos. Como no pueden acceder a los medios que otros usan para plantear reclamos a las autoridades, los empleados o proveedores de servicios, las personas trabajadoras del sexo sufren exclusión social y pobreza arraigada. Y su situación en desventaja para negociar el acceso a bienes y servicios los lleva a la explotación, el abuso y una mayor vulnerabilidad al VIH.[165]

En estas circunstancias, las personas trabajadoras sexuales no son totalmente reconocidas como personas ante la ley y no pueden mantener o ejercer una serie de derechos humanos que otros si tienen. Suazilandia es un penoso ejemplo de un país donde la ley deniega su naturaleza humana fundamental a la persona trabajadora del sexo. La Sección 3 (3) de la Ley de Protección de las Mujeres y las Niñas de Suazilandia plantea la siguiente defensa en caso de acusación de acceso carnal a niñas menores de 16 años: *"Al momento de la comisión del delito la niña era prostituta."*[166] Bajo esta ley, una niña menor de 16 años no puede tener relaciones sexuales consentidas, independientemente de si es una trabajadora sexual, pero tampoco puede reclamar protección de la ley si alguien tiene sexo con ella contra su voluntad. Al negarle representación y seguridad, la ley la clasifica como una no-persona.[167]

Virtualmente todas estas condiciones de trabajo y de vida aumentan la vulnerabilidad al VIH.[168] No es sorprendente que las personas trabajadoras sexuales presenten globalmente cerca de ocho veces más probabilidad de infectarse con el VIH que otros adultos.[169]

Un reciente estudio determinó que las mujeres trabajadoras sexuales en los países en desarrollo tienen catorce veces más probabilidades de infectarse con VIH que las demás mujeres en edad reproductiva.[170] Los clientes de las personas trabajadoras sexuales también tienen relaciones sexuales con otras parejas, y tienen amantes y esposos, esposas y niños, quienes a su vez tienen relaciones sexuales o consumen drogas con otros; consecuentemente, el VIH se expande. Las altas tasas de infección entre las personas trabajadoras sexuales afectan a todos.[171]

Esto no tiene que ser así. Cuando las personas trabajadoras sexuales se organizan, cuando la policía no los acosa y son libres de obtener por sí mismos servicios de calidad para el VIH, las personas trabajadoras del sexo tienen tasas más bajas de ITS, más capacidad económica y mayor capacidad de educar a sus hijos.[172]

Las sanciones penales contra el tráfico de personas y la explotación sexual comercial de menores son esenciales –pero las leyes deben establecer

claramente las diferencias entre estas actividades y el trabajo sexual adulto consensuado.

EL TRÁFICO DE CONCEPTOS ERRÓNEOS

El trabajo sexual y el tráfico sexual no son lo mismo. La diferencia es que el primero es consentido mientras que el último es por coerción. Las organizaciones de personas trabajadoras del sexo entienden el trabajo sexual como un acuerdo contractual donde los servicios sexuales son negociados entre dos adultos por mutuo consentimiento. El trabajo sexual no es siempre un acto desesperado o irracional; es una elección realista de vender sexo –para sostener a la familia, recibir educación o tal vez mantener un hábito de consumo de drogas. Es una acción independiente.[173]

En contraste, la trata de personas, como está definida por los tratados nacionales e internacionales, es "el reclutamiento, transporte, transferencia, albergue o recepción de personas, mediante amenaza o el uso de la fuerza u otras formas de coerción, secuestro, fraude, engaño, abuso de poder o aprovechando posición de vulnerabilidad o de la entrega o recepción de pagos o beneficios, para la explotación de personas bajo el control de otra u otras personas".[174] Dicha explotación puede incluir muchas formas de trabajo forzado o esclavitud –en fábricas, campos, hogares o burdeles. La trata con el objetivo de la explotación sexual comercial involucra a adultos o niños que proveen servicios sexuales contra su voluntad, ya sea a través de la fuerza o el engaño. Una negación de la agencia, la trata viola sus libertades fundamentales.[175]

Dejando de lado la cuestión de si las personas elegirían el trabajo sexual si tuvieran mejores alternativas, el punto de vista que describe la "prostitución voluntaria" como un oxímoron borra la dignidad y la autonomía dela persona trabajadora sexual de mil formas, convirtiendo actores autónomos en víctimas que necesitan ser rescatados.

Y sin embargo algunos gobiernos implementan leyes anti-trata de personas tan ampliamente que confunden el trabajo sexual adulto consensuado con el tráfico explotador y coercitivo de personas (principalmente mujeres y niñas) con propósitos sexuales.[176] Por cierto, las negociaciones en la redacción del Protocolo de las Naciones Unidas para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente Mujeres y Menores (2000) estuvieron rasgadas por disputas sobre estas definiciones. Algunos estados y ONG sostuvieron que debía cambiarse el lenguaje para limitar el alcance de la ley a las personas que participan en el comercio internacional de sexo por medio de la fuerza o la coerción.[177]

Esta enmienda fue derrotada sobre la base de que ninguna víctima debería probar que no dio su consentimiento, pero la redacción actual también implica que las personas que venden sexo son tan vulnerables que por definición son incapaces de dar su consentimiento. La definición ahora establece explícitamente que el consentimiento de la "víctima" es irrelevante para enjuiciar al traficante.[178] En parte como resultado de esta definición excesivamente amplia, los gobiernos han reprimido, a menudo violentamente, a las personas trabajadoras sexuales o las ha obligado a experimentar el mismo tipo de "rehabilitación" brutal bajo encierro que a los consumidores de drogas.

Al verse forzadas a trabajar clandestinamente, las personas trabajadoras sexuales no pueden reunir el poder colectivo para mejorar sus ingresos o condiciones de trabajo, gozar de las leyes de protección laboral o agruparse en sindicatos u otro tipo de organizaciones que les permitan

entre otros beneficios accede a los servicios de salud pública o empoderarse para crear servicios de salud administrados por ellos mismos.[179]

Las campañas contra la trata de personas a menudo promueven la prohibición, ya sea intencional o efectiva, de mejores prácticas probadas para la prevención del VIH. Por ejemplo, los activistas de los Estados Unidos han utilizado el peso del PEPFAR (el Plan de Emergencia del Presidente para el Alivio del SIDA, el principal vehículo de apoyo financiero de los Estados Unidos para las organizaciones que combaten el SIDA en todo el mundo) para obligar a otros gobiernos a que acepten combinar el trabajo sexual con el tráfico de personas al condicionar el otorgamiento de fondos a la firma del Compromiso Anti-prostitución.[180] Maurice Middleberg, vicepresidente del Consejo Global de Salud (Global HealthCouncil), sostiene que este compromiso es una prueba de que la agenda contra la trata de personas es una agenda anti-prostitución.Menciona al respecto tanto la redacción del texto del compromiso –que tilda a la prostitución de "dañina y deshumanizante" y vincula la prostitución con la trata de personas– como la manera en que ha puesto en práctica el compromiso.[181]

Aunque la aplicación del compromiso se ha modificado legalmente en los Estados Unidos, y supuestamente debió ser revisado por la administración Obama a principios de 2009, se mantiene en plena vigencia para las organizaciones que reciben fondos bajo el PEPFAR fuera de los Estados Unidos.[182]

DERECHOS EN EL CENTRO DE TRABAJO

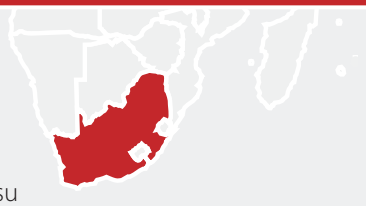
La Oficina Internacional del Trabajo (OIT) ha recomendado que el trabajo sexual sea reconocido como una ocupación de manera que pueda ser regulado de formas que protejan a los trabajadores y sus clientes.[183] En ese contexto, las personas trabajadoras del sexo podrían tomar la iniciativa de manera individual y colectiva para afectar sus condiciones económicas y sociales. El estándar laboral de la OIT sobre VIH/SIDA, adoptado en 2010, incluye el acceso no discriminatorio a los servicios de salud y a la seguridad ocupacional para las personas trabajadoras del sexo, incluyendo el empoderamiento para insistir en tener sexo pago protegido y seguro en sus lugares de trabajo.[184]

La despenalización es el primer paso hacia mejores condiciones de trabajo –y con ellas, menor riesgo de VIH–. En algunas jurisdicciones se ha eliminado algunas normas penales relacionadas con el trabajo sexual. La Ley de Reforma de la Prostitución de 2003 (*ProstitutionReformAct,* 2003) de Nueva Zelanda despenaliza la prostitución, abriendo el camino para que los trabajadores sexuales puedan operar en público de forma segura.[185] El Colectivo de Prostitutas de Nueva Zelanda, los operadores de burdeles y la Inspectoría Laboral han colaborado para desarrollar estándares de salud y seguridad para las personas trabajadoras sexuales en su centro de trabajo. Las personas trabajadoras del sexo pueden formular denuncias de discriminación en el empleo ante la Comisión de Derechos Humanos, y el Servicio de Mediación sobre Empleo arbitra las controversias.[186] La policía apoya a las personas trabajadoras sexuales para que denuncien casos de violencia. Aunque aplaude estos avances, el Colectivo de Prostitutas hace notar que el estigma y la discriminación subsisten y hace un llamado para contar con una ley y políticas para abordar estos hechos. Recientemente, la Comisión Nacional sobre Derechos Humanos de Kenia ha llamado por una despenalización del trabajo de sexo.[187]

Algunos tribunales nacionales han reconocido los derechos de las personas trabajadoras sexuales. Un tribunal de Bangladesh detuvo los abusos

LA DIGNIDAD DE TODO TRABAJO

Kylie vs Comisión por la Conciliación, la Mediación y el Arbitraje



Kylie, una trabajadora sexual que trabajaba en un salón de masajes, hizo una denuncia ante la Corte Laboral Sudafricana de que había sido injustamente despedida sin una audiencia y se merecía una compensación de parte de su empleador. La Corte rechazó su reclamo, encontrando que no tenía derecho a protección o compensación alguna porque la prostitución es ilegal. Los tribunales "no deben sancionar o estimular actividades ilegales", dijo. Tras la apelación, sin embargo, el juez Dennis Davis determinó que Kylie podía recibir una compensación monetaria por su despido ilegal, sin importar cuál era su trabajo. La Ley de Relaciones Laborales (LRL) garantiza a "todos" el derecho a prácticas laborales justas, dijo –y "todos" significa "todos". El propósito expreso de la LRL "es promover el desarrollo económico, la justicia social, el trabajo, la paz y la democratización del centro de trabajo". El juez señala que este objetivo está reforzado por un principio aun más importante, cual es el de la dignidad de todos los trabajadores. El juez opinó que "como las personas trabajadoras del sexo no pueden ser despojados del derecho a ser tratados con dignidad por sus clientes, en consecuencia, en sus otras relaciones –es decir con sus empleadores– se debería aplicar la misma protección. Una vez que se reconoce que deben ser tratados con dignidad no solo por sus clientes sino por sus empleadores, también debe aplicarse la sección 23 de la Constitución, que, fundamentalmente, protege la dignidad de (los trabajadores sexuales) en su relación laboral".[188]

de la policía que había desalojado a las personas trabajadoras sexuales de los burdeles, sentenciando que este cercenamiento de su forma de ganarse la vida era una violación de su derecho a la vida.[189] De la misma manera, en el caso *Bedford vs AG Canadá*, en 2010, un juez rechazó tres normas del código penal de Canadá que prohibían la prostitución, declarándolas violaciones de la Carta Canadiense de Derechos y Libertades ya que "forzaban a las prostitutas a elegir entre su interés en ser libres y su derecho a la seguridad personal".[190] En una decisión subsiguiente, la Corte de Apelaciones de Ontario en 2012 sentenció que las normas que prohibían los burdeles y ganarse la vida mediante la prostitución eran inconstitucionales en su forma actual.[191] En 2010, La Corte Laboral de Apelaciones de Sudáfrica sostuvo que, aun cuando el trabajo sexual es ilegal, la persona que lo lleva a cabo tiene derecho a la protección contra el despido injusto por parte de los empleadores.[192]

Desafortunadamente, la despenalización a veces sustituye las sanciones con normatividad que en el detalle se aplica a través de la ley penal. Grecia, Letonia y algunas provincias de Australia tienen análisis médicos obligatorios lo que es un abuso contra los derechos humanos y, por lo tanto, una forma de castigo.[193] En los Estados Unidos, Nevada es el único estado donde la prostitución es legal. Pero el trabajo del sexo solo está permitido en unos pocos burdeles en los condados rurales. En el centro turístico de Las Vegas, en contraste, son comunes los operativos policiales contra el ofrecimiento de sexo en la vía pública, y en cualquier parte del estado tanto trabajadores como clientes pueden ser arrestados por exposición indecente o "comportamiento lascivo, flagrante y manifiesto", lo cual conlleva penas de multas o cárcel.[194, 195]

De acuerdo a un defensor de los derechos laborales internacionales, "la regulación directa del

Fuente : IRIN/Manoocher Deghati/Sex work, Zambia

trabajo del sexo puede o no ser implementada en consonancia con los principios de los derechos humanos".[196] Los marcos reales y los propuestos para la legalización del trabajo sexual han involucrado no solo análisis forzosos de VIH sino también "poner en cuarentena, humillar o incluso marcar a las personas trabajadoras del sexo a los que se les identificaron enfermedades significativas para la salud pública."[197] Un proyecto de ley presentado a la legislatura del estado en Maharashtra, India, "habría exigido el registro de todas las prostitutas, con análisis de VIH obligatorio; todas las que arrojasen resultado positivo serían marcadas con un tatuaje permanente".[198]

COOPERACIÓN POLICIAL PARA UNA MEJOR SALUD

Cuando el estado reconoce los derechos civiles y humanos de las personas trabajadoras del sexo, puede utilizar a la policía de una forma radicalmente diferente. En vez de enviarla a golpear y arrestar a las personas trabajadoras del sexo, puede ponerla a trabajar junto con ellas para facilitar la generalización de prácticas sexuales más seguras. Cuando esto se hizo en India, el uso de preservativos entre las personas trabajadoras del sexo ha alcanzado el 85% en algunas partes del país y la prevalencia del VIH entre ellas cayó de más del 11% en 2001 a menos del 4% en 2004.[199]

En las Filipinas, la Iniciativa para la Acción en Salud (ACHIEVE) se asoció con el Departamento de Salud de la Ciudad de Quezon para reunir al departamento de policía y a la asociación de establecimientos de entretenimiento para discutir la manera de mejorar la distribución de preservativos en los lugares donde se ofrece servicios sexuales.[200]

Los agentes de policía están ahora comenzando a pensar por primera vez en trabajo sexual como algo que tiene implicancias para los derechos humanos.

Alianza Africana de Trabajadores del Sexo (ASWA, por sus siglas en inglés), Mozambique, Diálogo Regional Africano, 3–4 de agosto de 2011

RECOMENDACIONES

Para asegurar una respuesta efectiva y sostenible al VIH acorde con las obligaciones en derechos humanos, los países deben:

3.2. Cambiar su abordaje hacia el trabajo sexual. En vez de castigar a los adultos que participan del trabajo sexual en forma consentida, los países deben asegurar condiciones seguras de trabajo y ofrecer a las personas trabajadoras del sexo y sus clientes acceso eficaz a los servicios de salud y de VIH y a los productos relacionados:

3.2.1 Derogar las leyes que prohíben a los adultos comprar o vender sexo con consentimiento, así como las leyes que prohíben el comercio del sexo, tales como las leyes contra los ingresos "inmorales", o ganarse la vida mediante ingresos por ejercer la prostitución o administrar burdeles. Se deben tomar medidas legales complementarias para asegurar las condiciones seguras de trabajo para las personas trabajadoras del sexo.

3.2.2 Tomar todas las medidas necesarias para acabar con el acoso y la violencia policiales contra las personas trabajadoras del sexo.

3.2.3 Prohibir los análisis obligatorios de VIH y las ITS para las personas trabajadoras del sexo.

3.2.4 Asegurar que la aplicación de leyes contra la trata de personas sea cuidadosamente dirigida a castigar a aquellos que utilizan la fuerza, la deshonestidad o la coerción para inducir a las personas al sexo comercial, o a quienes abusan de los trabajadores sexuales inmigrantes a través de la servidumbre por medio de deudas, violencia o privación de la libertad. Las leyes contra la trata de personas deben ser utilizadas para prohibir la explotación sexual y no deben ser usadas contra adultos que participan de trabajo sexual consensua.

3.2.5 Aplicar las leyes contra toda forma de abuso sexual infantil y la explotación sexual, diferenciando claramente estos crímenes del trabajo sexual consensual entre adultos.

3.2.6 Asegurar que los delitos civiles y administrativos existentes tales como "vagancia sin propósito", "molestias en la vía pública", e "inmoralidad pública" no sean utilizados para castigar a los trabajadores sexuales y que los poderes de las leyes administrativas tales como "moverse del lugar" no sean utilizados para acosar a los trabajadores sexuales.

3.2.7 Clausurar todos los centros de detención o "rehabilitación" obligatoria para personas que participan del trabajo sexual o para niños que han sido explotados sexualmente. En cambio, proveer a los trabajadores sexuales con servicios que empoderen a la comunidad, basados en la evidencia y el trabajo voluntario. Dotar a los niños explotados sexualmente con la protección de ambientes familiares seguros y de empoderamiento, escogidos teniendo en cuenta el mejor interés del niño.

3.2.8 Revocar las condiciones punitivas en la asistencia oficial para el desarrollo – tales como el compromiso contra la prostitución del PEPFAR del gobierno de los Estados Unidos y sus actuales normas contra el tráfico de personas– que inhiben a las personas trabajadoras del sexo de tener acceso a servicios de VIH o a su capacidad para formar organizaciones en interés propio.

3.2.9 Tomar acciones decisivas para revisar y reformar las leyes internacionales relevantes acordes con los principios descritos anteriormente, incluyendo el Protocolo de las Naciones Unidas para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente de Mujeres y Niños (2000).

3.3 HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

Fuente : International HIV/AIDS Alliance/ Kenya

Hay quienes sostienen que como la orientación sexual o la identidad de género no están explícitamente mencionadas en ninguna de las convenciones y convenios, no habría protección alguna. Mi respuesta es que esa es una posición insostenible en términos legales, lo que se confirma por la jurisprudencia que se está desarrollando. El principio de universalidad no admite excepciones. Los derechos humanos son verdaderamente el derecho que todo ser humano tiene al nacer.

Navanethem Pillay, Alta Comisionada de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos

Aunque los principales tratados internacionales sobre derechos humanos no mencionan específicamente la orientación sexual como una categoría para ser protegida, como la raza o el sexo, los HSH pueden ser tratados bajo la categoría de "otro estatus".[201] La ley internacional también protege el derecho universal a la privacidad, el cual a su vez protege las prácticas sexuales de las personas de la interferencia del estado. Los Principios de Yogyakarta sobre la Aplicación de las Leyes Internacionales de Derechos Humanos en Relación a la Orientación Sexual y la Identidad de Género, aunque no son vinculantes para los estados, ofrecen recomendaciones sobre cómo se podría aplicar las normas sobre derechos humanos en situaciones específicas de relevancia para las minorías sexuales. Por ejemplo, los Principios recomiendan que las historias clínicas de las minorías sexuales sean "tratadas en confidencialidad" y que los estados "aseguren que todos los proveedores de servicios de salud atiendan a los clientes y sus parejas sin discriminación por su orientación sexual o identidad de género".[202]

ENCARCELAMIENTO Y EJECUCIÓN

En desafío de los estándares internacionales de los derechos humanos, 78 países consideran que la actividad sexual entre personas del mismo sexo es un delito penal; la mitad son países del Commonwealth.[203] Los estudiosos del tema que han estudiado la hostilidad hacia la homosexualidad y las personas transgénero en muchas situaciones desde la época del colonialismo demuestran que las culturas pre coloniales eran a menudo mucho más tolerantes hacia la sexualidad y la diversidad de género.[204]

Las penas contra la conducta sexual consensual entre dos hombres adultos van desde la cárcel hasta la ejecución.[205] Jamaica sanciona la homosexualidad con una pena de hasta diez años de prisión. Malasia penaliza el "acceso carnal contra el orden de la naturaleza" con una condena de

hasta veinte años de prisión y azotes.[206] Y varios países de África subsahariana pueden imponer penas de muerte a los hombres que se encuentra culpables de tener relaciones sexuales con hombres.[207]

Aun en las jurisdicciones donde las relaciones entre personas del mismo sexo no son penalizadas, el estado no otorga ninguna protección contra la discriminación por orientación sexual, no es poco común que las leyes permitan a las minorías el inicio de las relaciones "heterosexuales" a menor edad que para las relaciones "homosexuales".[208]

El avance en estos temas no ha sido universal ni sostenido. En algunos casos, al progreso siguió un gran retroceso. La respuesta de Uganda al VIH destacaba como ejemplo de éxito. Pero recientemente un miembro del parlamento presentó un proyecto draconiano de Ley Anti-Homosexualidad que pone en serias dudas los avances realizados.[209] Mediante cláusulas que prohíben la "promoción" de la homosexualidad y la "complicidad" con la misma, este proyecto penaliza el trabajo con HSH, y por lo tanto expone a ser arrestados, a los trabajadores de campo, a los educadores de sus pares y a los trabajadores de la salud.[210] También se podría sancionar penalmente a los padres, docentes y trabajadores de la salud que no informen de la sospecha de homosexualidad. La protesta internacional y doméstica casi derrota al proyecto. Pero al momento en que se escribe este informe, marzo de 2012, los legisladores de Uganda lo han revivido para que sea debatido y sometido a votación.[211]

ALTO RIESGO

La marginalización, junto con aspectos fisiológicos, circunstancias específicas o su comportamiento sexual, expone a los HSH a un riesgo significativamente elevado de contraer el VIH. Los HSH tienen diecinueve veces más probabilidades de infectarse que otros hombres adultos.[212] Por ejemplo, los HSH se encuentran entre los sectores más ocultos y estigmatizados de todos los grupos de riesgo del VIH en Medio Oriente y África del Norte.[213] En casi todos los países que recopilan datos confiables de vigilancia del VIH,[214] las cifras son incuestionables.

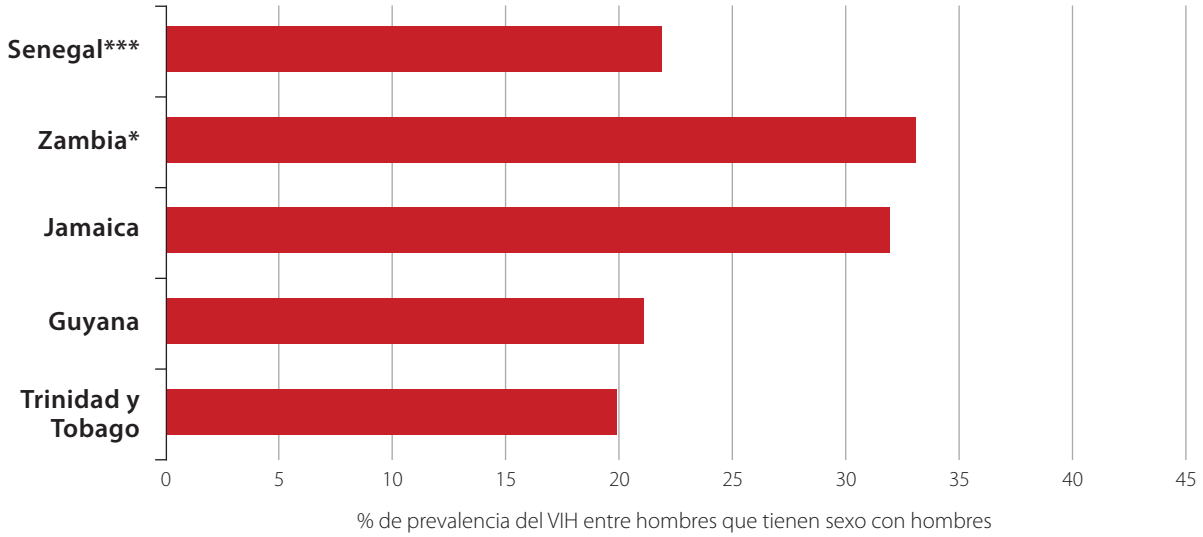
La penalización es la causa estas cifras y las incrementa. Por ejemplo, la ONUSIDA informa que en los países caribeños donde la homosexualidad está penalizada, casi uno de cada cuatro HSH está infectado con VIH. Cuando no hay leyes penales al respecto, la prevalencia es solo de uno de cada 15 HSH.[215]

Muchos HSH también tienen relaciones sexuales con mujeres.[216] Aunque algunos de estos hombres se sienten atraídos tanto por las mujeres como por los hombres, otros mantienen relaciones heterosexuales al mismo tiempo para evitar el estigma y el abuso, particularmente en

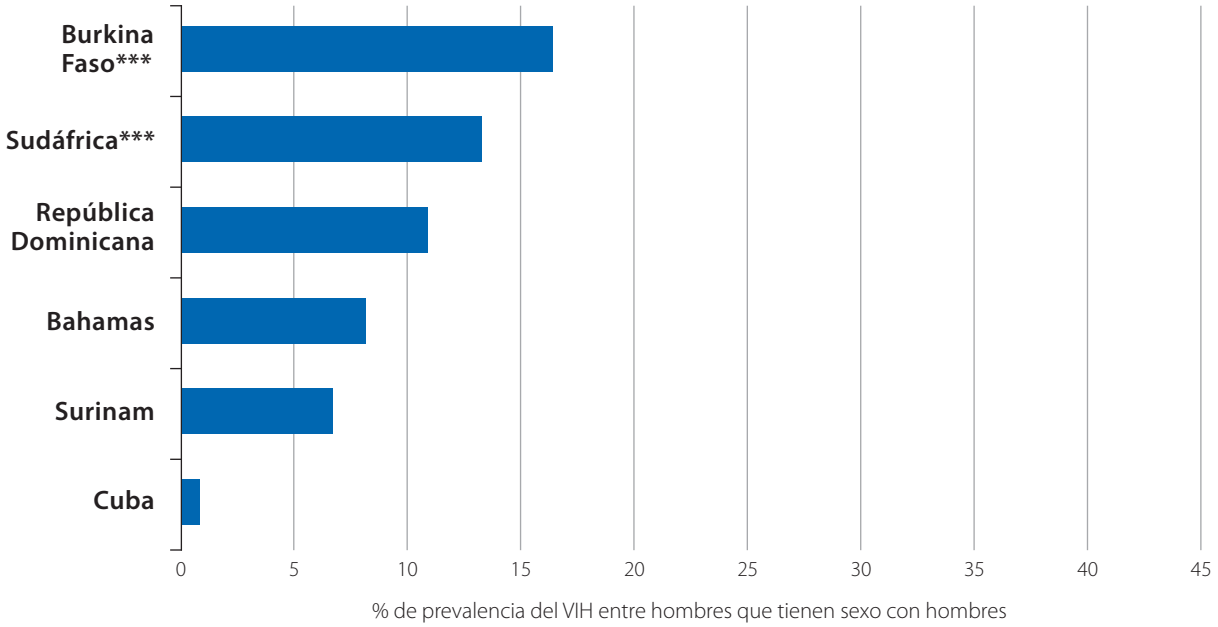
El discurso sobre la sexualidad entre personas del mismo sexo está dominado por el odio a todo nivel, inclusive al más alto nivel del poder ejecutivo de un país. El presidente de Zimbabue Robert Mugabe ha comparado a las personas gays y lesbianas con cerdos y perros. El acoso policial ocurre cotidianamente y la homofobia que demandan los líderes religiosos y tradicionales se considera normal.

Gays y Lesbianas de Zimbabue, Zimbabue, Diálogo Regional Africano, 3–4 de agosto de 2011

Muestra de países africanos y caribeños que penalizan la actividad sexual entre personas del mismo sexo



Muestra de países africanos y caribeños que no penalizan la actividad sexual entre personas del mismo sexo

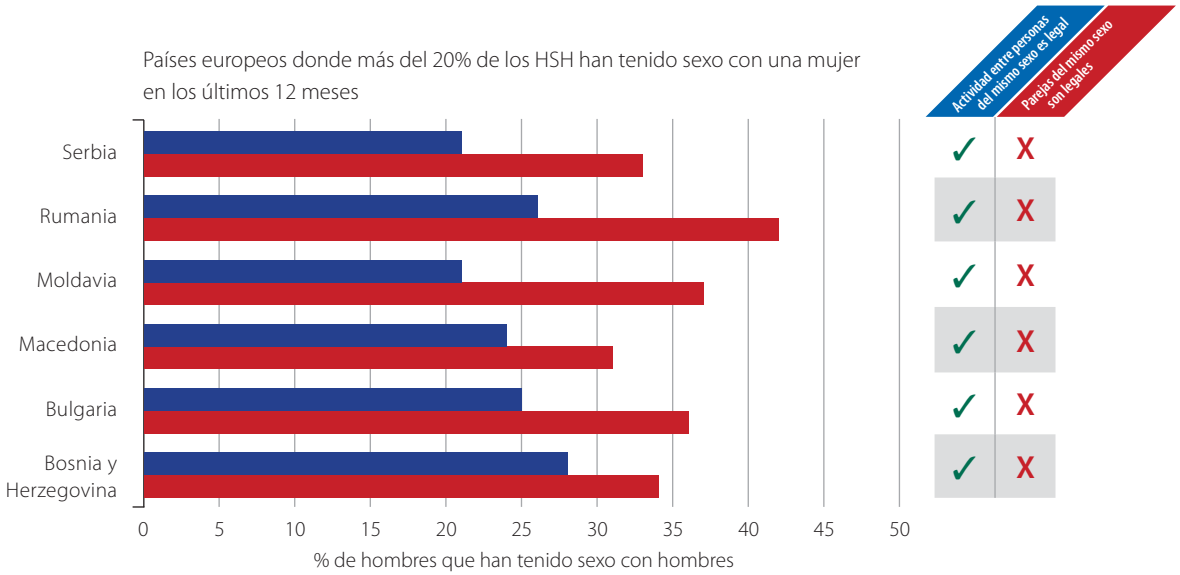


Nota: Prevalencia estimada para Jamaica varía entre 25–30%.

Fuentes:
* Datos de Smith, Adrian D. et al., Men who have sex with men and HIV/AIDS in sub-Saharan Africa, *Lancet*, 2009.
** Datos basados en Baral, S. et al. A Systematic Review of HIV epidemiology and risk factors among MSM in Sub-Saharan Africa 2000–2008, International AIDS Conference, México D.F., 2008.
*** Datos basados en informes del UNGASS.

Adaptado del Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA 2008 y el ONUSIDA Informe de progreso hacia el acceso universal a la prevención, tratamiento, atención y apoyo en el Caribe.

DERECHOS LGTB Y RIESGO DE TRANSMISIÓN DEL VIH



reportaron sexo con una mujer en los últimos 12 meses
reportaron posible riesgo de transmisión del VIH en los últimos 12 meses

Fuente: Encuesta Europea por Internet para HSH (European MSM Internet Survey, EMIS) 2010; sitio Web de la ILGA-Europa (www.ilga-europe.org), la región europea de la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Intersex, visitado por la PNUD en 2012.

contextos que penalizan o estigmatizan la homosexualidad. En otras palabras, la penalización de las relaciones entre personas del mismo sexo pone en peligro no solo a los HSH sino también a las mujeres.[217] En contraste, la evidencia muestra que en diversos contextos epidémicos, el acceso universal a los servicios de VIH para los HSH junto con esfuerzos contra la discriminación pueden reducir significativamente las infecciones tanto en estos hombres como en la comunidad en general.[218]

INSENSIBILIDAD, VIOLENCIA, EXCLUSIÓN

El estigma y la discriminación contra los HSH impregnan las sociedades, lo que dificulta el acceso

de los HSH a los análisis y tratamiento del VIH y al apoyo de la sociedad. Una encuesta global multilingüe de 5.000 HSH en la Internet encontró que solo el 36% podía acceder fácilmente al tratamiento y menos de un tercio tenía acceso fácil a intervenciones conductuales y materiales educativos sobre el VIH.[219] Las leyes religiosas que penalizan los actos sexuales entre personas del mismo sexo pueden diezmar los esfuerzos por controlar la propagación del VIH. La investigación muestra que en Senegal, luego de que nueve HSH que eran promotores de la prevención del VIH fueran arrestados y encarcelados en 2008 bajo la ley de prohibición de "actos contra natura", el terror se adueñó de las comunidades HSH, los grupos defensores se desbandaron, los lugares de información y tratamientos sobre VIH se cerraron y los trabajadores y organizadores se escondieron.[220]

Vemos patrones de violencia y discriminación dirigidos a personas tan solo porque son gays, lesbianas, bisexuales o transgénero. El prejuicio es generalizado en los centros de trabajo, las escuelas y los hospitales. Así como atroces ataques violentos, incluidos los abusos sexuales. Ha habido personas encarceladas, torturadas, e incluso asesinadas. Esta es una tragedia monumental para los afectados y es una mancha en nuestra conciencia colectiva. También es una violación del derecho internacional... A las lesbianas, los gays, los bisexuales y los transexuales, permítanme decirles: no están solos. Su lucha por el fin de la violencia y la discriminación es una lucha compartida. Cualquier ataque a ustedes es un ataque a los valores universales de las Naciones Unidas y he jurado defenderlos y mantenerlos. Hoy, estoy con ustedes... y también llamo a todos los países y los pueblos a que los apoyen.

Secretario General de las Naciones Unidas Declaración al Consejo de Derechos Humanos, 7 de marzo de 2012[221]

Los HSH difícilmente se sienten cómodos en un hospital. Los trabajadores de la salud no están exentos de la ignorancia o la intolerancia. Los HSH que temen que su sexualidad no se mantenga en confidencialidad no dan información a los trabajadores de la salud, pero esta información es fundamental para la prevención y el cuidado del VIH.[222] Los trabajadores de la salud que no están capacitados responden a los HSH con desprecio u hostilidad y algunas veces se rehúsan a tratarlos.[223] Cuando las relaciones sexuales entre hombres son ilegales, los trabajadores de la salud que desean ayudar temen ser acusados ellos mismos de complicidad con un delito.[224]

Al igual que las personas trabajadoras del sexo o consumidores de drogas, los HSH enfrentan acoso, arrestos y brutalidad policial en los países que proscriben su comportamiento. La policía hace redadas en los foros donde se imparte educación sexual y confisca preservativos y lubricantes como evidencia de crímenes sexuales y califica estos materiales informativos como "obscenidades".[225] Incluso cuando no hay leyes de sodomía u otras estructuras legales restrictivas, la policía abusa amparándose en las leyes de "seguridad pública", "vagancia" u "ofrecimiento de servicios sexuales", que les dan un amplio margen para acosar y controlar a los HSH en los lugares donde podrían reunirse,[226] que incluso pueden ser los centros de servicios de VIH. Pero, aun si las autoridades se mantienen lejos de los hospitales y clínicas, su presencia en bares y casas de baños restringe la posibilidad de compartir información y el apoyo a una práctica más segura del sexo. De hecho, el sexo seguro se empezó a practicar en esas instituciones sociales.

No obstante su extraordinaria vulnerabilidad al VIH, los HSH no forman parte de muchas estrategias nacionales para combatir al SIDA, tales como las del Oriente Medio. En Argelia, aunque los HSH

LA ANULACIÓN DE LA PENALIZACIÓN Y LA DISCRIMINACIÓN

La Corte de Apelaciones de Hong Kong

***La Secretaría de Justicia vs. YauYukLungZigoy Lee KamChuen* (2007)[227] y *Leung T.C. William Roy vs. la Secretaría de Justicia* (2006)[228]:** Confirmó que está prohibida la discriminación por orientación sexual, igual que por raza y sexo .

Tribunal Superior de Fiyi

***Nadan y McCoskar vs. el Estado* (2005)[229]:** Les infractions du Code pénal criminalisant les rapports sexuels consentis entre hommes adultes en privé ont bafoué les garanties constitutionnelles à la vie privée et à l'égalité.

Corte Suprema de los EE.UU.

***Romer vs. Evans* (1996)[230]:** se declaróinconstitucional una enmienda a la constitución del estado de Colorado que prohibía las medidas del gobierno para proteger a las personas de la discriminación por su orientación sexual.

***Lawrence vs. Texas* (2003)[231]:** desestimó una ley de sodomía de Texas, dictaminando que la penalización de la conducta sexual íntima y consensual infringía la libertad protegida por la Decimocuarta Enmienda de la Constitución.

propusieron respuestas nacionales al VIH, la implementación "en el terreno sigue siendo un desafío debido a la falta de compromiso de las distintas partes (gobierno, sociedad civil, profesionales de la salud)", decía un declarante argelino ante la Comisión.[232] Agregó: "la ley penaliza la homosexualidad".

ACEPTACIÓN SEXUAL: HACIA LA LUCHA CONTRA EL VIH

Afortunadamente, algunos HSH están comenzando a ser escuchados. En Túnez, por ejemplo, los HSH están representados en el Comité Nacional de Planificación Estratégica; sin duda como resultado de esto, el plan 2012–2016 incluye un llamado para despenalizar las relaciones entre personas del mismo sexo.[233] Aun en sociedades donde la homosexualidad tradicionalmente no ha sido aceptada, están apareciendo visiones más tolerantes. Por ejemplo, en marzo de 2008, SitiMusdahMulia, académico islámico y Presidente de la Conferencia de Religiones y la Paz de Indonesia hizo notar que "la homosexualidad viene de Dios y debe ser considerada natural. No está motivada solo por la pasión. No hay diferencias. A los ojos de Dios, las personas son valoradas según su piedad. La esencia de la religión (el Islam) es humanizar a los humanos, respetarlos y dignificarlos".[234]

Los líderes internacionales también están comenzando a manifestarse en favor de la igualdad sin importar la orientación sexual o los actos sexuales consensuales, y los tribunales de todo el mundo están apelando a los estándares globales y nacionales de derechos humanos para eliminar

No es fácil ni popular pedir la legalización de la homosexualidad en muchos países africanos, pero es correcto hacerlo. Es lo correcto porque es esencial detener la propagación del VIH y asegurar que la protección a los derechos humanos se extienda a todos nuestros ciudadanos. Pero también es lo correcto porque las personas del África comprenden que el Estado tiene prioridades mucho más urgentes que interferir en las vidas privadas de los adultos que actúan consensualmente.

FestusGontebanyeMogae, expresidente de Botsuana

las leyes que penalizan la actividad sexual entre personas del mismo sexo. El Secretario General de las Naciones Unidas Ban-Ki Moon,[235] la Comisión sobre el SIDA en Asia[236] y el Relator Especial de la ONU sobre el Derecho a la Salud han hecho un llamado a la despenalización.[237] Las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos[238] recomiendan que se revisen las leyes que prohíben el sexo consensual entre adultos (incluyendo la "sodomía") en privado, "con mira a derogarlas". Una serie de países también prohíben la discriminación por motivos de orientación sexual.[239] Mientras algunos países se inclinan hacia enfoques más punitivos, existe un creciente consenso internacional de que la despenalización de la homosexualidad es un componente esencial de una respuesta integral de salud pública al elevado riesgo de adquisición y transmisión del VIH entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres.

Los juicios y sentencias tanto en tribunales nacionales como internacionales están alimentando esta tendencia. El Movimiento Unido de Defensa de Belice (UNIBAM, por sus siglas en inglés) presentó una demanda en 2010 para anular el Capítulo 101, Sección 53 del Código Penal, que establece que: "Toda persona que tiene acceso carnal contra natura con cualquier persona o animal será pasible de ser condenada a 10 años de prisión".[240]

En India, en 2009, citando la Declaración Universal de los Derechos Humanos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, la Corte Suprema de Delhi eliminó las secciones del Código Penal indio que penalizaban el sexo entre hombres adultos con su consentimiento y en privado. "La Corte concluyó que estigmatizar o criminalizar a las personas por motivo de su orientación sexual es contrario a la moral constitucional y a los principios de inclusión en la Constitución de India".[241] En octubre de 2011, Mundo Libre de SIDA (AIDS-Free World), sin dejarse derrotar por la prohibición de tales acciones por los tribunales de Jamaica, presentó una petición a la Comisión Interamericana sobre Derechos Humanos (CIDH) impugnó la ley anti sodomía de ese país. La "Ley de Delitos Contra la Persona" de 1864 penaliza la conducta sexual consensual entre hombres, así como también el "delito abominable de sodomía" (sexo anal) entre personas de cualquier sexo.[242] Y, en el Día de los Derechos Humanos en 2011, en una rara alusión a la legitimidad de la opción sexual como derecho humano, la Secretaria de Estado de los Estados Unidos, Hillary Clinton, sugirió que es solo una cuestión de tiempo hasta que el mundo llegue a reconocer la libertad individual de expresar el deseo sexual consensual, independientemente del sexo.[243]

RECOMENDACIONES

Para asegurar una respuesta efectiva y sostenible al VIH acorde a las obligaciones en derechos humanos, los países:

3.3. Deben cambiar su abordaje hacia la diversidad sexual. En vez de sancionar a los adultos del mismo sexo que participen en actividad sexual consensual, los países deben ofrecerles acceso a los servicios de salud y los productos básicos efectivos para la prevención y atención del VIH.

3.3.1 Revocar todas las leyes que criminalicen el sexo consensuado entre adultos del mismo sexo y/o las leyes que sancionen la identidad homosexual.

3.3.2 Respetar las leyes civiles y religiosas existentes y las garantías relacionadas con la privacidad.

3.3.3 Eliminar todas las barreras legales, normativas y administrativas para la formación de organizaciones comunitarias de o para los hombres gays, las lesbianas y/o las personas bisexuales.

3.3.4 Enmendar las leyes contra la discriminación prohibiendo expresamente la discriminación por orientación sexual (así como de la identidad de género).

3.3.5 Promover medidas efectivas para prevenir la violencia contra los hombres que tienen sexo con hombres.

3.4 PERSONAS TRANSGÉNERO

Fuente : Robert Bourgoing/India

El 20 de octubre de 2008 a las 11:00 de la mañana la policía capturó a cinco hijras [mujeres transgénero] cerca de un semáforo en la comisaría de Girinagar y las llevaron a la comisaría. El Comisario Asistente de Policía [CAP], H. T Ramesh golpeó a una de ellas con su lathi, rompió sus brazaletes y la hizo sangrar. Otra hijra fue obligada a limpiar el piso de la comisaría. Luego la policía las acusó falsamente bajo la sección 341 [retención ilícita] y 384 [extorsión] del Código Penal de la India... La policía hizo preguntas ofensivas y se burló del equipo de intervención de crisis que fue a la comisaría a ayudar: "Quítate toda la ropa; déjame ver qué tienes allí. ¿Eres un hombre o una mujer?"

Sangama, India, Diálogo Regional Asia-Pacífico, 16–17 de febrero de 2011

En muchos países, desde México hasta Malasia,[244] por ley o en la práctica, a las personas transgénero se les niega el reconocimiento legal como personas. No se les reconoce una parte básica de su identidad, su género. Aún existen pocos gobiernos que emiten documentos de identidad en los cuales el género con el que la persona se identifica a sí misma puede diferir de su sexo biológico.[245] Sin documentos, el empleo, la atención médica, los viajes y la participación en muchos aspectos de la ciudadanía están fuera del alcance de la persona. En Tailandia, por ejemplo, las personas transgénero que intentan ir al servicio militar nacional son rechazadas sosteniendo que "el cuerpo de la persona no concuerda con su sexo al nacer". [246]

La denegación de documentación es una de las formas más concretas y burocráticas en que la ley sustrae la condición de persona a las personas transgénero. En muchos estados también se prohíbe la expresión básica cotidiana de uno mismo. En Guyana, el travestismo es un delito.[247] En Kuwait, cualquiera "que imite al sexo opuesto de cualquier forma" puede enfrentar un año de prisión, una multa importante, o ambos.[248] No se penaliza ningún comportamiento en particular, sino la apariencia física –cuyos parámetros

puede definirla misma policía, por ejemplo en Kuwait. A menudo arrestan a personas por tener "piel suave" o "voz suave".[249]

LA TRANSFOBIA COMO RIESGO PARA LA SALUD

Estos ejemplos describen las formas en que la ley castiga el género no convencional. La policía se mantiene al margen mientras los civiles cometen actos de violencia sexista contra las personas transgénero. De acuerdo al Observatorio Ciudadano Trans de la Fundación Santamaría de Colombia, "hubo 45 homicidios registrados y denunciados contra mujeres trans en Santiago de Cali entre 2005 y marzo de 2011, la gran mayoría de las cuales eran trabajadoras del sexo".[250]

A menudo, los estados efectivamente aprueban la violencia por parte de los agentes del orden.[251] Los trabajadores transgénero del sexo a menudo son los más afectados por la brutalidad policial cuando el trabajo sexual está penalizado. Además del acoso, el arresto y la detención, las personas trabajadoras del sexo transgénero narran que los agentes de policía los obligan a hacerles favores sexuales y los violan y tratan con brutalidad.[252] De la misma manera que con otras poblaciones clave, no hay dónde hacer denuncias, y aun cuando existen los canales, a menudo se ignoran las denuncias de las personas transgénero.[253] El abuso policial contra las personas transgénero "ha sido documentado y se han hecho las denuncias a la Comisión Nacional de Derechos Humanos y a la Fiscalía, sin ningún resultado hasta ahora. . . . Hemos tocado todas las puertas sin recibir ayuda alguna," declaró TaysaFernandes, de Ángel Azul en Honduras, a la Comisión.[254]

Todo esto contribuye al incremento de la marginalización, a la mayor exposición al VIH y al muy bajo uso de los servicios de apoyo y atención, prevención y tratamiento del VIH.[255] En algunos países la tasa de infección con VIH de las mujeres transgénero es más de siete veces superior a la tasa nacional.[256]

Los datos indican que la transfobia, un prejuicio a menudo incorpordado en la ley, amenaza la sa-

Después de que mi amiga fuera violada por esos hombres porque la descubrieron me vino a ver... fuimos a la clínica para recibir profilaxis pos-exposición al VIH. El enfermero le dijo que fuera a casa, se quite la ropa de mujer y vuelva. Ella estaba ya tan traumatizada que no pudo volver. Creo que por eso ahora es VIH positiva.[257]

Trabajadoras Sexuales Transgénero, Ciudad del Cabo, Sudáfrica, Diálogo Regional de África, 3-4 de agosto de 2011

Fuente : UNAIDS/Latin America

lud mental de sus víctimas. De acuerdo a algunas investigaciones, las mujeres y hombres transgénero muestran niveles mayores de depresión e ideación suicida,[258] y la vulnerabilidad emocional se puede traducir en vulnerabilidad ante el VIH.

Al igual que otras minorías, las personas transgénero[259] encuentran dificultades en los centros de salud. Una encuesta en los Estados Unidos entre más de 6.000 personas transgénero determinó que:

- Hasta un 28% de las personas transgénero manifiestan que posponen recibir atención médica cuando están enfermas debido al temor a la discriminación.
- 19% informó que se les negó atención debido a su condición de transgénero o disconformidad de género.
- 28% informó de una percepción de acoso en los ambientes médicos.[260]

CAMBIOS DE SEXO
Nuevas leyes reconocen la identidad transgénero

Argentina: El 9 de Mayo 2012, el Senado aprobó por unamidad la Ley de Identidad de Genero haciendo la cirugía de reasignación de sexo un derecho legal, como parte de las prestaciones de salud públicas o privadas.[261]

Uruguay : Una ley de 2009 permite a las personas mayores de 18 años cambiar su nombre y sexo en los documentos oficiales.[262]

India : Desde 2005, quienes solicitan pasaportes han tenido la opción de identificarse a sí mismos como hombre, mujer u "otro", independientemente de si se han hecho o no una operación de cambio de sexo.[263]

Portugal : En 2011 se promulgó una ley que regula el reconocimiento legal del género. Bajo esta ley, una persona de nacionalidad portuguesa mayor de 18 años puede hacer que se le reconozca su género preferido utilizando un procedimiento administrativo estandarizado y un informe de un equipo médico multidisciplinario.[264]

Pero las personas transgénero pueden no ir nunca al hospital. La falta de documentación oficial que reconozca sus identidades de género les impide, en muchos lugares, registrarse para recibir atención médica.[265]

PROGRESO

En muchos países –incluyendo Sudáfrica, Japón, Turquía, Bélgica, Finlandia, Alemania, Italia, Holanda, Portugal, Rumania, España, Suecia, Reino Unido, México, Panamá, Uruguay, Canadá (la mayor parte de las provicias), Estados Unidos, Australia y Nueva Zelanda– los legisladores han aprobado leyes que reconocen a las personas transgénero y sus derechos.[266] Tales derechos incluyen el cambio legal de sexo, el registro de documentos de identidad de acuerdo con el género percibido y la prohibición de la discriminación contra las personas disconformes con su género. Estos derechos permiten a las personas transgénero usar los servicios de salud nacionales, viajar con mayor facilidad, y tener la esperanza de ser protegidas de la violencia. Todas estas son formas de reducir el riesgo de VIH o las consecuencias negativas que la infección tiene para la salud.[267] Cuando la ley no da protección legal explícita, los tribunales han reconocido el derecho de las personas con identidades de género alternativas a no ser discriminadas. Dictámenes de tribunales de Fiyi, Hong Kong, Nepal, Pakistán, Filipinas, Corea del Sur y otros países han hecho notar explícitamente la relación entre la ley, el estigma y la exclusión social que enfrentan las personas transgénero.[268]

En 2007, la Corte Suprema de Nepal ordenó al gobierno eliminar el sistema que impedía a los individuos transgénero ejercer sus derechos ciudadanos básicos.[269] En su dictamen la corte utilizó el término "teshroLinki" –o "tercer género"– para referirse a las personas transgénero que no se sienten ni hombres ni mujeres. Entre otros cambios normativos, los jueces ordenaron revocar las sanciones contra el travestismo. El travestismo, dijeron, está dentro de los derechos humanos individuales de libertad de expresión. Y en 2009, la Corte Suprema de Pakistán sostuvo que los ciudadanos transgénero debían tener iguales derechos e igual acceso a los beneficios del estado, tales como los programas de asistencia económica del gobierno, y deben gozar de la protección garantizada por la Constitución de Pakistán.[270]

RECOMENDACIONES

Para asegurar una respuesta efectiva y sostenible al VIH acorde con las obligaciones en derechos humanos los países deben:

3.4. Reformar su abordaje hacia las personas transgénero. En vez de castigar a las personas transgénero, los países deben ofrecerles acceso a los servicios de salud de VIH y productos básicos relacionados así como revocar todas las leyes que penalicen la identidad transgénero o sus comportamientos asociados.

3.4.1 Respetar las leyes civiles y religiosas existentes y las garantías al derecho a la privacidad.

3.4.2 Revocar todas las leyes que penalicen el travestismo.

3.4.3 Eliminar las barreras legales, normativas o administrativas para la formación de organizaciones comunitarias por o para las personas transgénero.

3.4.4 Enmendar las leyes nacionales contra la discriminación para prohibir explícitamente la discriminación por identidad de género (así como por orientación sexual).

3.4.5 Asegurar que las personas transgénero puedan obtener el reconocimiento de su género declarado en los documentos de identidad, sin necesidad de procedimientos médicos previos tales como la esterilización, la cirugía de reasignación de sexo o la terapia hormonal.

3.5 PRIVADOS DE LIBERTAD

Fuente : John Steven Fernandez

La existencia de leyes anti-sodomía/ indecencia grave. . . impide la distribución de preservativos en las cárceles de Jamaica, con el resultado de que la tasa de prevalencia de VIH en los internos es el doble del promedio nacional. En 1997, el Comisario Correccional, por consejo del médico del presidio, propuso distribuir preservativos en las cárceles en la isla pero fue advertido de que estaría cometiendo el delito de complicidad con un delito penal, la sodomía. Los preservativos por lo tanto siguen siendo productos de contrabando en las cárceles de Jamaica, aunque hay informes de que los guardias de las cárceles hacen un próspero negocio con su comercio. Los reos que no pueden pagarlos, recurren a bolsas de plástico.

Maurice Tomlinson, Jamaica, Diálogo Regional del Caribe, 12–13 de abril de 2011

Hay 10 millones de personas en la cárcel en todo el mundo[271] –seis países encierran al menos uno de cada 200 reos, con Estados Unidos liderando y muchos otros siguiéndolo de cerca.[272] Puede decirse que el VIH es un compañero de celda para cada uno de estos internos. El tatuaje con equipos caseros y sin esterilizar,[273] el uso de drogas y las jeringas compartidas,[274] las relaciones sexuales de alto riesgo y las violaciones[275] contribuyen a aumentar las tasas de VIH entre los detenidos, que se estiman entre el doble y 50 veces las de la población adulta en general.[276] El hacinamiento ayuda a la propagación de infecciones oportunistas,[277] y el estrés, la desnutrición, la violencia y las drogas debilitan el sistema inmune, haciendo que las personas VIH positivas sean más susceptibles de enfermarse.[278]

Varias formas de discriminación conspiran para aumentar tales riesgos y tornar la realidad aun más grave. En los Estados Unidos, las personas de color y en particular las personas afroamericanas son encarceladas a tasas muy desproporcionadas con su población. Entre 1980 y 1996, los máximos incrementos en las tasas de SIDA en hombres y mujeres se encontraron entre grupos demográficos que experimentaron las mayores alzas en tasas de encarcelamiento de varones, de acuerdo a un trabajo del Centro Nacional de la Pobreza de la Universidad de Michigan.[279] Y debido a que la mayor parte de las personas que cumplen condenas eventualmente salen de las cárceles –y a menudo entran y salen alternadamente– el riesgo del VIH de los presos es compartido con sus comunidades.[280]

El derecho internacional sobre derechos humanos reconoce la prerrogativa del estado de pri-

var a las personas de ciertos derechos –el más obvio de los cuales es el derecho a la libertad –mediante el encarcelamiento.[281] Pero los derechos humanos al trato humano y a la dignidad humana no se confiscan en la puerta de la cárcel.[282] Los detenidos tienen derecho a un nivel de atención médica equivalente al que hay fuera de las cárceles[283] y los agentes del estado tienen la obligación de abstenerse de hacer daño a los internos.[284] Entre los derechos que las autoridades carcelarias están obligadas a proteger, y que han sido confirmados por los tribunales e inclusive por la Corte Europea de Derechos Humanos, son el derecho a la salud y la vida. Estos derechos incluyen el acceso adecuado a la prevención del VIH y a los servicios de salud. La mayoría de los internos en las cárceles no cuentan con esta posibilidad de acceso.[286]

Estoy seguro de que me infecté de VIH y hepatitis C mientras cumplía mi condena por uso de drogas en la cárcel de varones de ChiangMai… donde al menos diez otros presos y yo compartíamos equipo casero de inyección fabricado con un cartucho de lapicera y una aguja, para inyectarnos heroína todos los días durante los seis meses que estuve allí. No había, y todavía no hay, equipo de inyección limpio disponible en las cárceles tailandesas, o terapia de sustitución de opiáceos o equipo estéril de tatuaje.[285]

Grupo de Acción Tailandés del SIDA, Tailandia, Diálogo Regional Asia-Pacífico, 16–17 de febrero de 2011

Fuente : UN Photo/Martine Perret/Timor Leste

CONTRABANDO DE PRESERVATIVOS

Los reos tienen relaciones sexuales tras las rejas, a veces consensualmente, y a veces no. Por lo tanto las autoridades penitenciarias tienen la responsabilidad de suministrar preservativos a los presos, y de sancionar a los presos que abusan de otros presos. Pero en los países donde la sodomía es un delito, estas autoridades consideran que distribuir preservativos a los reos hombres es una instigación al delito.[287] Un estudio de 2007 de la Alianza de SIDA y Derechos del Sur de África (ARASA, por sus siglas en inglés) determinó que entre los países que penalizan la conducta sexual entre personas del mismo sexo, solo un gobierno distribuía preservativos a los reos.[288] La penalización del uso de drogas tiene efectos similares: los países evitan implementar programas de reducción del daño en las cárceles.[289]

EL SENTIDO COMÚN EXONERADO

Una cantidad desproporcionada de personas que terminan en la cárcel consumen drogas y, en la ausencia de cualquier intervención positiva, continúan haciéndolo tras las rejas. En 2005 la OMS informó, por ejemplo, que entre los internos europeos, tres de cada cuatro usaban drogas regularmente o eran drogodependientes, y uno de cada dos había usado drogas alguna vez en su vida.[290] En las cárceles, las prácticas inseguras de

inyección de drogas son la principal vía de transmisión del VIH.[291]

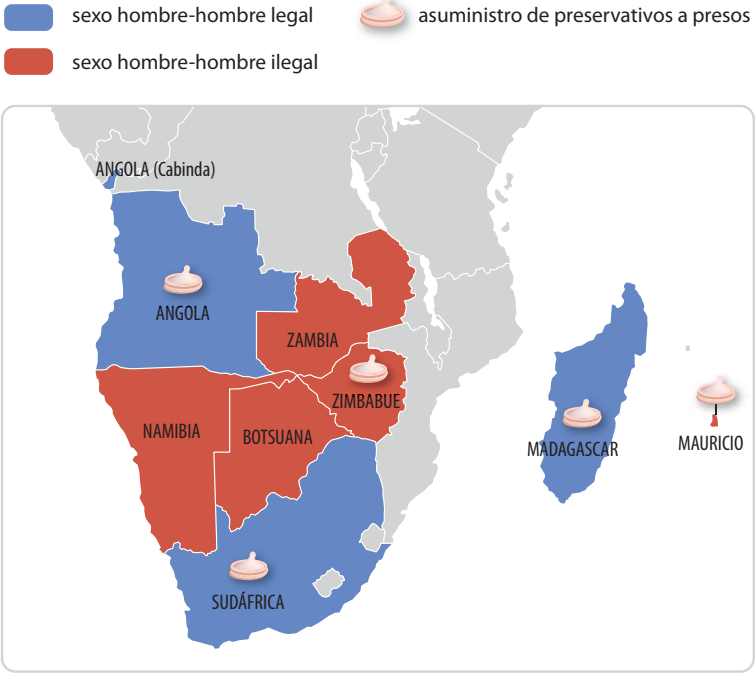
Afortunadamente, la necesidad en aras de la salud pública –tanto de los reos como de sus comunidades– de limitar la propagación del VIH entre los internos ha llevado a 12 países de Europa del Este y Europa Occidental, el Medio Oriente, África del Norte y Asia Central[292] a ofrecer programas de reemplazo de jeringas (PRJ) en las cárceles; al menos 39 países brindan tratamiento asistido con medicamentos (TAM).[293] Los resultados son alentadores. Desde la implementación de los PRJ en 50 cárceles en Suiza, todas las cárceles menos una informaron la erradicación del uso compartido de jeringas entre los internos. Las evaluaciones de los PRJ en las cárceles europeas en general indican que el uso de drogas ha disminuido o permanece estable, sin informes de casos nuevos de transmisión del VIH, hepatitis B o C. También ha quedado demostrada la eficacia de las terapias de sustitución de opioides para reducir los comportamientos de alto riesgo del VIH en un amplio rango de contextos carcelarios, sin consecuencias negativas para la salud del personal o de los presos.[294]

Bajo presión de las ONG y otras partes interesadas, algunos gobiernos han emitido órdenes que exigen mejorar la atención médica de los detenidos que viven con VIH. En Ucrania, se requiere que los pacientes bajo arresto policial tengan acceso a terapia de sustitución. En la República de Moldavia, el Ministerio de Justicia ordenó a las cárceles proporcionar servicios confidenciales de atención del VIH, así como medidas de prevención de la transmisión, incluso preservativos y desinfectantes para afeitarse, útiles para hacerse tatuajes y equipos de inyección de drogas.[295]

Cuando el estado no toma la iniciativa, las demandas judiciales de los reos o en su nombre pueden forzar al estado a implementar medidas preventivas del VIH en las cárceles. Por ejemplo, en el caso *Strykiwsky vs. Mills y Canadá*, del año 2000, el Sr. Strykiwsky, que era un reo, trató de tener acceso al tratamiento de mantenimiento con metadona para sí mismo y todos los internos de las cárceles federales que cumplían con los requisitos médicos y deseaban recibir dicho tratamiento. Los demandados rechazaron su demanda. Strykiwskyapeló la sentencia y la permanente negativa del Servicio Correccional de Canadá a implementar un programa de mantenimiento con metadona más amplio en las cárceles federales. Dos días después de que el tribunal atendió el caso de Strykiwsky, Canadá adoptó esa política para todas las cárceles federales. Gracias a la demanda planteada por un reo, otros internos ahora pueden reducir su exposición al riesgo del VIH.[296]

EL SEXO SIN PROTECCIÓN TRAS LAS REJAS

Acceso a preservativos para presos en algunos países del sur de África



Fuente : Alianza de SIDA y Derechos del Sur de África (ARASA), VIH/SIDA en África del Sur, 2009

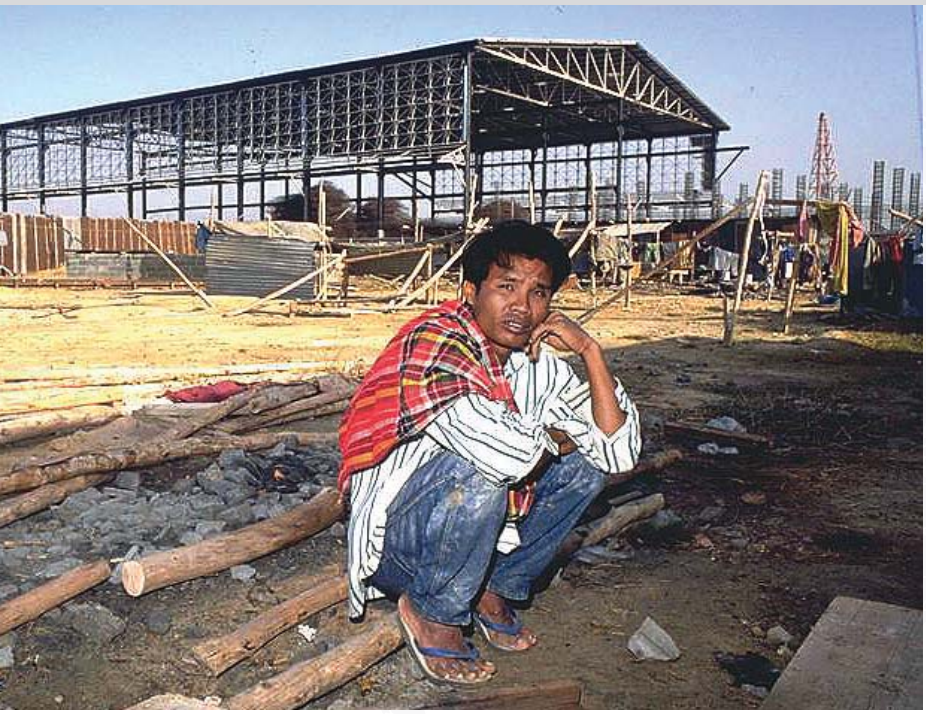
RECOMENDACIONES

Para asegurar una respuesta efectiva y sostenible al VIH acorde con sus obligaciones en materia de derechos humanos, los países deben asegurarse de que en los lugares de detención:

3.5.1 Se preste la necesaria atención a la salud, incluyendo los servicios de prevención y atención del VIH, e independientemente de si las leyes penalizan o no los actos sexuales entre personas del mismo sexo o prevén la reducción del daño. Dicha atención incluye la distribución de preservativos, prestación de servicios integrales de reducción del daño, tratamiento voluntario y basado en la evidencia para la drogodependencia y TAR.

3.5.2 Cualquier tratamiento que se proporcionen debe cumplir con las normas internacionales de calidad y atención en contextos de detención. Las prestaciones de salud, inclusive los que se relacionan específicamente relacionados al uso de drogas y el VIH, deben ser voluntarias, basadas en la evidencia, y ofrecidas sólo cuando estén clínicamente indicadas.

3.6 MIGRANTES



Fuente : UN Photo/Diez/Thailand

Aunque muchos países desarrollados de Asia y Medio Oriente recurren a los trabajadores migrantes para hacer marchar sus economías, han dictado políticas de migración que usan la salud como principal criterio para otorgar permisos de ingreso y permanencia de migrantes con fines laborales. El quid de estas políticas es que los trabajadores migrantes que llegan de países menos desarrollados deben someterse a análisis obligatorios como parte del proceso de selección para identificar a los posibles portadores de cualquiera de 22 enfermedades que constituyen criterios de exclusión, inclusive el VIH.

CARAM, Diálogo Regional Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011

En las economías globalizadas, millones de personas están en movimiento – se estima que hay 214 millones de migrantes internacionales y 740 millones de migrantes domésticos en todo el mundo.[297] Abandonan sus hogares obligados por las muchas dificultades que enfrentan, como guerras, pobreza, desastres naturales y algunas oportunidades, Hay hasta 86 millones de personas que cada año buscan trabajo lejos de sus hogares.[298] Algunos migrantes tienen derecho a la condición de refugiados o tienen permisos de trabajo legal. Pero millones –algunos de los cuales son víctimas de la trata de personas– son migrantes ilegales. Viven en sus nuevos países de residencia sin ser reconocidos oficialmente.

Las políticas migratorias –restricciones sobre la entrada, estadía y residencia en un país– dividen a las familias y aíslan a las personas de sus pares, amigos y familias. Estas condiciones desempoderan a las personas, exponiéndolas a la explotación, cambiando sus comportamientos sexuales y aumentando su probabilidad de participar en prácticas inseguras.[299] Como resultado, los migrantes se enfrentan a un riesgo de infección de VIH que es hasta tres veces mayor que el de quienes viven en hogares seguros.[300] La discriminación contra los migrantes tiene un impacto desproporcionado en las mujeres, aumentando significativamente su vulnerabilidad al VIH.[301] O bien migran ellas mismas y enfrentan riesgos de VIH adonde viajan o bien esperan el regreso de sus esposos o parejas de migraciones temporarias o episódicas, a veces infectados con VIH.[302] Además, muchos migrantes enfrentan discriminación y exclusión en los sistemas de atención médica, dejándolos sin acceso al tratamiento.[303]

Los estados soberanos pueden establecer restricciones a la migración. Al mismo tiempo, aunque los principales tratados sobre derechos humanos no nombran específicamente a los migrantes,[304]

En 2010, environ 11 % des personnes vivant avec le VIH en Allemagne étaient des migrants. Cette tendance continue de s'accentuer. Les migrants séropositifs par le VIH résidant en Allemagne sans permis de séjour constituent un cas spécial. S'ils veulent accéder à un traitement, ils ont le choix entre : entamer une demande de permis de séjour, vu que cette étape est obligatoire pour recevoir le traitement (et comporte en même temps le risque d'expulsion), et rester de façon illégale sans pouvoir bénéficier du traitement, et donc risquer leur vie.

Internationales Abteilung Strukturelle Prävention 2, Alemania, Diálogo de los Países de Altos Ingresos, 16–17 de setiembre de 2011

el derecho a la libertad de movimiento les garantiza a todos la libertad de quedarse o abandonar sus países, mudarse dentro o entre estados y elegir un lugar de residencia.[305]

Los derechos de los trabajadores migrantes, cuyo trabajo sostiene la economía global, han sido plenamente articulados en numerosas convenciones internacionales. Por ejemplo, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares,[306] de la Oficina Internacional del Trabajo, de 1990, explicita el derecho de los trabajadores migrantes y sus familiares a "recibir cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado interesado".[307]

Aun así, las leyes y políticas migratorias erigen barreras que impiden a los migrantes acceder a los servicios de VIH. Algunos estados, como Japón, excluyen a los no-ciudadanos sin residencia permanente de los sistemas de salud nacionales, incluyendo los programas de atención del VIH.[308] Botswana niega los TAR gratuitos a los no-ciudadanos.[309] En los Centros de Deportación de Inmigrantes en el Reino Unido, donde los migrantes pueden ser detenidos y esperar por tiempo indefinido hasta su deportación o el otorgamiento de asilo, hay evidencia de que a las personas con VIH, muchas de ellas africanas, también se les niega el TAR.[310] En marzo de 2012, el Departamento de Salud del Reino Unido anunció que haría gratuito el tratamiento del VIH para todos los que lo necesiten, sin importar su estado de ciudadanía o condición migratoria, siempre y

RESTRICCIONES DE DESPLAZAMIENTO RELACIONADAS CON EL VIH

Fuente: Unión Interparlamentaria (UIP), ONUSIDA, PNUD: Informe para parlamentarios sobre VIH y SIDA: Hacer que la ley responda al VIH, 2011.

Fuente : Fred Greaves/USA

cuando la persona que busque el tratamiento haya permanecido en el Reino Unido por lo menos seis meses.[311]

FALSA SEGURIDAD

Un análisis de la ONUSIDA de las normas de ingreso, permanencia y residencia relacionadas con el VIH determinó que diez países rehúsan la entrada a las personas VIH-positivas y 22 países deportan a las personas si se descubre que tienen VIH.[312] Once de 30 países de Europa del Este y Asia Central incuyen en sus legislación restricciones al ingreso, residencia o permanencia específicamente relacionadas con el VIH, tales como los análisis obligatorios.[313] Diez de 21 países que participan en la Comisión del Diálogo de los Países de Altos Ingresos tienen antecedentes en la aplicación dichas políticas.[314]

Se justifica las exclusiones masivas de personas que viven con VIH por razones de protección de la salud pública. Pero la evidencia muestra que no se hace.[315] De hecho, tales políticas dan la peligrosa y equivocada impresión de que "los de afuera" están contaminados y los ciudadanos locales son puros, y que su salud está segura siempre y cuando las fronteras estén seguras.

Desde enero de 2010, algunos países, como Armenia, Ucrania, los Estados Unidos, Fiyi, Namibia, la República Popular China y la República de Corea han eliminado o disminuido los obstáculos a la inmigración de las personas VIH-positivas.[316] Pero aún falta mucho por hacer para que estas normas contraproducentes y xenofóbicas sean abolidas en todas partes.

RECOMENDACIONES

Para asegurar una efectiva y sostenible respuesta al VIH acorde con las obligaciones en derechos humanos, los países deben:

3.6.1 En asuntos relacionados con el VIH y la ley, ofrecer los mismos estándares de protección que a sus propios ciudadanos a los migrantes, visitantes y residentes que no son ciudadanos.

3.6.2 Eliminar todas las restricciones de desplazamiento y otras que prohíben a las personas que viven con VIH entrar a un país y/o las normas que obligan a los extranjeros que están en un país dado a realizarse un análisis de VIH.

3.6.3 Implementar reformas normativas para permitir la inscripción legal de los migrantes en los servicios de salud y asegurar que tengan acceso a servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH y productos básicos relacionados de la misma calidad que se encuentran disponibles para los ciudadanos del país. Todos los análisis de VIH e ITS para migrantes deben ser voluntarios e informados, y todo tratamiento y profilaxis para migrantes deben ser éticos y ser clínicamente indicados.

CAPÍTULO 4

GÉNERO Y EMPODERAMIENTO

Las mujeres

Fuente : AFP/ Tehran

Las mujeres y niñas constituyen la mitad de las personas del mundo que viven con VIH; en África la proporción alcanza el 60%.[317] En las regiones con los índices más altos, el VIH ataca especialmente a las mujeres jóvenes y niñas; en el Caribe y en África Subsahariana, por ejemplo, las tasas de infección ascienden a más del doble de las correspondientes a los hombres jóvenes y niños. La pobreza, tanto de las personas como de las naciones, también hace su aporte. Casi todas las mujeres VIH-positivas (98%) viven en países en vías de desarrollo,[318] y del 2% restante que vive en países industrializados, la mayoría es pobre.[319]

Si bien el VIH sigue siendo la principal causa de muerte de las mujeres en edad reproductiva (15 a 44 años) a nivel mundial, los decesos asociados al embarazo y al parto (mortalidad materna) no se quedan atrás.[320] En conjunto, representan una conspiración mortal: casi una de cada cinco muertes maternas es atribuible al VIH.[321]

Tres meses después de que nació a mi hijo se le presentó un problema cardíaco y recomendaron hacerle una cirugía. Mi esposo se negó a que le hicieran una prueba de VIH a él y al niño, pero yo tomé una decisión informada y decidí por mi hijo. En el mismo momento, pedí también voluntariamente una prueba de VIH para mí. La prueba de mi hijo y la mía también dieron positivo. Lloré descontroladamente; por un momento dejé de pensar con claridad, me sentí desconectada del mundo y sólo quería morirme, porque era una carga demasiado pesada. Mi esposo pidió a sus familiares que venían a vernos al hospital donde yo cuidaba de mi hijo recién nacido, que me despreciaran y que prometieran no volver a mirarme a mi y a mi hijo nunca más. Su familia le dijo que dejara de mantenernos totalmente, y eso fue lo que hizo hasta que el niño murió, a los 2 años y 2 meses. Mi esposo se llevó todas mis pertenencias y se mudó de la casa que alquilábamos. Yo presenté la denuncia por apropiación de bienes a la policía, pero fui hostigada por los policías que no entendían mi posición. Decidí acudir a la justicia para que interviniera por violación de derechos humanos y apropiación de bienes.

Judith Kateule, Zambia, Diálogo regional en África, 3–4 de agosto de 2011

¿Por qué las mujeres son tan vulnerables frente al VIH? Parte del motivo es biológico: las niñas más jóvenes son especialmente susceptibles a la infección. Pero la biología no determina el destino. La desigualdad de género y la discriminación, arraigadas en las costumbres y en la ley, junto con la violencia sexual y doméstica, que las legislaciones y las costumbres pueden consentir, son las razones que despojan de poder a la mujer. Por ejemplo, el matrimonio de niñas, una práctica que los padres suelen creer que protegerá a sus hijas del VIH, de hecho, agrava el riesgo. Los esposos de mayor edad pueden estar infectados por otras relaciones, y las novias niñas, con escasa educación, sin experiencia ni conocimientos y sin posibilidad de obtener independencia económica, están en condiciones desiguales de negociar a favor de relaciones sexuales seguras o de exigir fidelidad. Según un uniforme del Relator Especial de la ONU sobre violencia contra las mujeres, una encuesta sobre demografía y salud llevada a cabo en 26 países reveló que "la mayoría de las jóvenes sexualmente activas de 15–19 años en los países en vías de desarrollo están casadas y que estas adolescentes tienden a presentar tasas más altas de infección que sus pares solteras".[322]

En muchos países, particularmente en África y Asia, la situación de las mujeres se ve complicada por la pluralidad de sistemas legales, es decir, leyes generales sobre asuntos de dominio público, y leyes consuetudinarias o religiosas integradas al derecho, que se refieren sobre todo a la vida privada y familiar. Si bien la mayoría de las constituciones estipulan que, en caso de conflicto entre las leyes gubernamentales y las consuetudinarias, las normas constitucionales son las que prevalecen, las leyes consuetudinarias y religiosas gozan de consideración como fuentes del derecho vinculantes en la gran mayoría de los países de África".[323] Esta combinación de legado colonial y decisiones políticas pos-coloniales puede perpetuar o agravar la desigualdad de género y las prácticas discriminatorias que tienen "implicancias negativas para la salud sexual [de las mujeres]".[324]

Además de estos conflictos locales, los gobiernos nacionales han establecido excepciones a los convenios internacionales, como por ejemplo al del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), con el argumento de que violan textos religiosos o costumbres; si bien algunos defensores de los derechos de las mujeres cuestionan que el Islam (u otras religiones) imponga o consienta la discriminación por cuestiones de género.[325] Las mujeres pueden aceptar estas leyes y costumbres que se superponen, por temor a ser víctimas del ostracismo o la violencia si no lo hacen, o bien (particularmente las mujeres de escasa educación que viven en ámbitos rurales) pueden adoptarlas para sí y para sus hijas. Aún así, la prueba es irrefutable: La desigualdad de género deja a las mujeres y niñas indefensas frente a la infección por VIH y disminuye su capacidad para afrontar las conse-

Las mujeres con VIH no deberían quedar embarazadas. Un día noté que mi doctor estaba enojado. Yo había traicionado su confianza cuando le conté que estaba embarazada. Él estaba decepcionado. Le había fallado a mi doctor; me sentí irresponsable y culpable. Me dijo: "No quiero que vuelvas a pasar por esto". Y así, me esterilizaron. Yo era la mujer mala. Yo era la persona VIH-positiva. Yo había puesto mi salud en peligro.[326]

Nontobeko Prudence Brenda Dlamini, Comunidad Internacional de Mujeres que viven con el VIH –Sur de África, Diálogo regional en África, 3–4 de agosto de 2011

cuencias de la enfermedad y cuidar de sí mismas y de sus familias.[327]

Si bien las normas y la desigualdad de género perjudican principalmente a las mujeres y a las niñas, los hombres y los niños también pueden pagar un alto precio. Investigaciones recientes revelan que la violación de hombres tiene una incidencia mucho mayor en zonas de conflicto de la que se creía.[328] La cultura del machismo puede llevar a los hombres a escoger parejas sexuales que no elegirían si no fuera por esa cultura, desalienta el uso de preservativos y las relaciones sexuales sin penetración, y no incentiva a los hombres a procurar la atención sanitaria necesaria.[329] La protección y promoción de los derechos humanos de mujeres y niñas redundan en beneficio de todos.

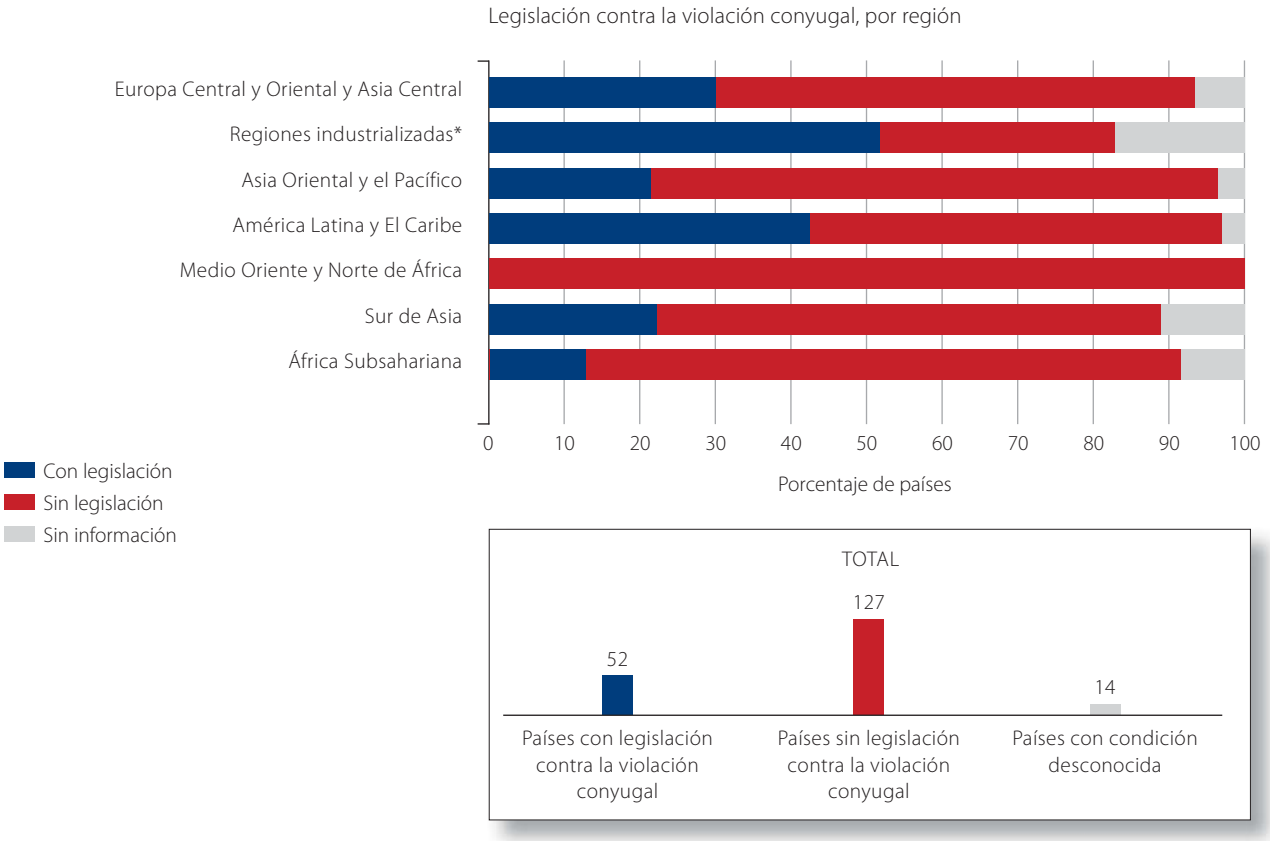
LA VIOLENCIA Y EL VIH

La violencia sexual es cómplice del VIH[330] al despojar a las mujeres de su capacidad para controlar sus vidas y, en consecuencia, de proteger su salud. En efecto, un estudio de la OMS de 2005 reveló que en "una amplia diversidad de entornos" los hombres que ejercían violencia contra sus compañeras también eran más propensos a tener varias mujeres –siendo la violencia y la infidelidad expresiones del del privilegio masculino[331]– y a estar infectados con VIH u otras ETS, poniendo en riesgo a todas sus parejas femeninas.[332] Pero, si bien la doctrina y la jurisprudencia internacionales sobre derechos humanos denuncian inequívocamente que la violencia sexual es una práctica cruel, inhumana, degradante y una forma de tortura,[333] y casi todos los países la penalizan,la violación de mujeres se mantiene en niveles alarmantes. La ley desempeña su papel permitiendo que la violencia atormente a las mujeres. La manera en que la ley define los delitos sexuales puede impedir que se sancionen algunos actos coercitivos.[334] Por ejemplo, el matrimonio puede constituir una defensa o excepción frente al delito de violación.[335] Dos tercios de los países del mundo prohíben la violencia doméstica, pero todavía muchos no penalizan la violación conyugal,[336] que puede ser calificada como un delito menos serio que la violación fuera del matrimonio.[337] En Antigua y Bahamas, por ejemplo, un esposo que viola a su esposa puede ser acusado únicamente de agresión sexual, que es menos grave.[338]

Aun en lugares donde se prohíben muchas formas de violencia sexual, el cumplimiento de la norma puede ser laxo o nulo. La violación puede ser perpetrada por agentes de policía o de los servicios uniformados, lo que imposibilita que las víctimas denuncien los delitos u obtengan una reparación judicial. Y como no se tiene conciencia clara del vínculo entre la violencia y el riesgo frente al VIH, los sobrevivientes de la violencia, en su momento, no buscan atención sanitaria o por el VIH, como medicamentos para reducir la probabilidad de contraer el VIH.[339] Una presentación

e : Avert/South Africa

LA VIOLACIÓN DENTRO DEL MATRIMONIO

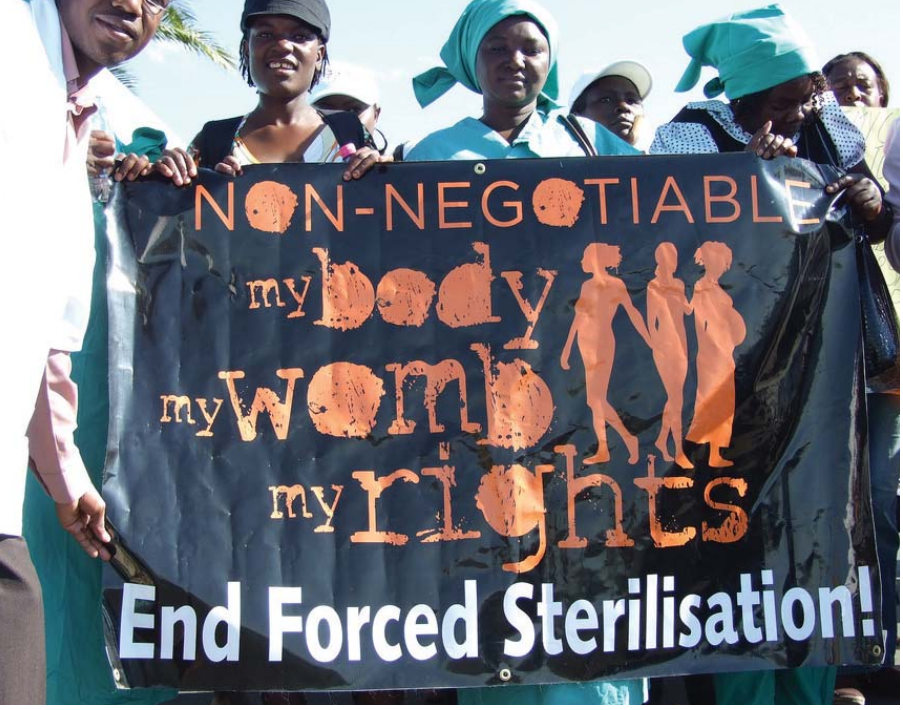


Nota: * Las regiones desarrolladas incluyen Andorra, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Islandia, Irlanda, Israel, Italia, Japón, Liechtenstein, Luxemburgo, Malta, Mónaco, Países Bajos, Nueva Zelanda, Noruega, Portugal, San Marino, España, Suecia, Suiza, Reino Unido y Estados Unidos de Norteamérica.

Fuente: ONU Mujeres, Progreso de las Mujeres del Mundo 2011–2012: En búsqueda de justicia, julio de 2011.

ante la Comisión reveló que en Chile, a pesar de las leyes de defensa contra la violencia sexual, la falta de coordinación multisectorial entre los ámbitos de la salud y la justicia redunda en servicios fragmentados e ineficientes.[340]

Pero la violación ya no es meramente un delito personal. Es, cada vez más, una de las armas principales en los conflictos militares.[341] Quebrar a las mujeres y niñas es destruir lo que mantiene unido un pueblo –desde el acarreo de agua hasta la construcción de la comunidad. La propagación del VIH a través de la violación es un método, demasiado efectivo, de agotar la resiliencia de un pueblo, por generaciones. El empoderamiento de las mujeres es necesario para el bienestar de toda comunidad. Es crucial para la lucha contra el VIH.[342] La violencia contra las mujeres y niñas aumenta su vulnerabilidad al VIH.[343] Una investigación llevada a cabo en cuatro provincias de Papúa Nueva Guinea, por ejemplo, reveló una fuerte relación entre el abuso sexual y los VIH-positivos en mujeres. Las participantes del estudio que informaron que sus parejas abusaban de ellas cuando mantenían relaciones sexuales con ellas, tenían el doble de probabilidades de ser VIH positivas que las mujeres que no sufrían abuso.[344] Se estableció una conexión entre las relaciones sexuales forzadas en la niñez o la adolescencia y el aumento en la probabilidad de mantener relaciones sexuales sin protección, tener múltiples parejas, participar en trabajos relacionados con el sexo y utilizar sustancias ilegales en la vida adulta; siendo todas éstas actividades que representan



Fuente : Andrea Flynn/Namibia

un mayor riesgo frente al VIH.[345] Esta vinculación es particularmente perturbadora, porque las mujeres jóvenes y las niñas son a menudo los blancos principales de la violencia sexual.[346] En Sudáfrica, las estadísticas policiales demuestran que más del 40% de las sobrevivientes de violaciones que presentaron sus denuncias en 2002–2003, fueron niñas menores de dieciocho años de edad y, el 14% tenía doce años o menos.[347]

La revelación de la condición VIH positiva de una mujer también hace que se exponga al riesgo y al temor de ser víctima de violencia, tal como lo afirman numerosas declaraciones ante la Comisión. Una mujer paquistaní que había sufrido una violación en grupo descubrió que estaba embarazada y, además, era VIH-positiva. Su esposo, que también era pobre y había sufrido lesiones en el ataque, abandonó a su mujer y a sus hijos mellizos.[348] La educación y la clase social no necesariamente libran a las mujeres de dichas consecuencias. Una mujer de Tanzania narró que tenía un matrimonio feliz con un profesional y una vida de clase media. Cuando informó a su esposo de su condición de VIH-positiva, "él se puso muy furioso y comenzó a culparme por la enfermedad de nuestros hijos. Me sometió a fuertes estigmas y torturas. Mi salud se deterioró... Mi esposo me acusó de ser la causa de la muerte de sus parientes que murieron de SIDA. También me expulsó de la vivienda matrimonial que yo había construido con mi propio dinero. Los tribunales de divorcio tampoco fueron de ayuda".[349]

SALUD REPRODUCTIVA Y ENFERMEDAD MATERNA

El acceso a los servicios de VIH y salud reproductiva[350] podrían reducir sustancialmente tanto la transmisión vertical del VIH como la muerte materna. Se ha demostrado que una combinación de medicamentos antirretrovirales (ARV) administrados a la madre durante la etapa prenatal, el parto y la lactancia reduce significativamente las probabilidades de transmisión vertical.[351] La anticoncepción –conjuntamente con la prevención de los embarazos no deseados– también salva vidas: ha evitado al menos el 40% de las muer-

En algunas partes de Kenia, muchas viudas y niños huérfanos se vuelven vulnerables al VIH cuando, al fallecer sus esposos y sus padres, son desheredados por sus familias y comunidades, dejándolos en la indigencia. [Muchos] son desalojados de sus hogares rurales y huyen a las zonas urbanas, donde se encuentran más expuestos a la violencia, el abuso físico y sexual, lo cual incrementa su vulnerabilidad al VIH. Con frecuencia [estas mujeres y niños] recurren a comportamientos de alto riesgo, tales como el trabajo sexual involuntario, con el propósito de ganar dinero suficiente para sobrevivir.

Allan Maleche, Kenya Legal & Ethical Issues Network on HIV and AIDS (KELIN), Kenia, Diálogo regional de África, 3-4 agosto de 2011

EL DERECHO SHARIA Y LAS PRERROGATIVAS DEL HOMBRE EN NIGERIA[352]

La Constitución de Nigeria de 1999 prohíbe la discriminación por género, pero el derecho consuetudinario y el religioso continúan restringiendo los derechos de las mujeres. Nigeria es una república federal, y cada estado tiene autoridad para redactar su propia legislación. Algunos estados del norte de Nigeria siguen una escuela del derecho Sharia en particular, que puede invocarse para reforzar costumbres desfavorables para las mujeres, con lo cual aumenta su vulnerabilidad al VIH.

El derecho Sharia de Nigeria reconoce cuatro tipos principales de divorcio:

- El ***talaq***, que sólo puede ser iniciado por el esposo. Permite repudiar el matrimonio anunciando en voz alta su intención de divorciarse de su esposa.
- El ***khul'u***, quese dirime en los tribunales, permite a una mujer solicitar el divorcio mediante una compensación económica a su esposo con el fin de disolver el matrimonio.
- Los procesos ***tafriq yfaskh*** también requieren intervención judicial. El divorcio se declara tras una investigación sobre la veracidad de las acusaciones de la esposa.

El **Código Penal del Norte de Nigeria**, que se sustenta en la aplicación del derecho sharia, confiere al marido potestad para:

- Golpear a su esposa, siempre que no llegue a un nivel de "lesiones graves"
- Retirarle la manutención si ella se rehúsa a tener relaciones sexuales.

El **Código Penal del Estado de Kano** establece que toda mujer que presente una denuncia por violación debe ofrecer cuatro testigos del hecho. Si no se demuestra la violación, ella puede ser condenada por adulterio a una pena de prisión o flagelación.

tes maternas en todo el mundo en 2008. Atender las necesidades de anticoncepción todavía insatisfecha podría prevenir otro 30% de esas muertes.[353] Pero los servicios de salud reproductiva no son un lugar donde sean bienvenidas las mujeres VIH-positivas. Las prácticas coercitivas y discriminatorias son moneda corriente en la atención sanitaria, como, entre otras, las pruebas obligatorias de VIH, la violación de la confidencialidad y la denegación de servicios de atención de la salud, así como también las esterilizaciones y los abortos obligatorios.[354] Desde 2001, cuando se documentó por primera vez la esterilización y el aborto forzados o bajo coacción de personas VIH-positivas, se han informado casos en Chile, Venezuela, México, República Dominicana, Indonesia, Kenia, Namibia, Sudáfrica, Tanzania, Tailandia, Uganda y Zambia.[355] Algunas mujeres informaron que se les negaba el acceso a los servicios de salud y contra el VIH, a menos que aceptaran someterse a un aborto o a la esterilización.

En lugares donde la exposición al VIH y su transmisión están penalizadas, las embarazadas y las mujeres con hijos tienen miedo de someterse a pruebas o tratamientos de VIH o que se les realicen pruebas a sus bebés, por temor a ser enjuiciadas por transmitir el virus. La Ley sobre Delitos Sexuales de Kenia, que penaliza la transmisión del VIH "en la práctica reducirá la cantidad de mujeres que acuden a los servicios de atención prenatal, y la mayoría de las madres preferirá tener un parto domiciliario para evitar someterse a la prueba y las represalias por parte de los prestadores de salud", dijo un representante de la Federación de Abogadas Kenia.[356] En igual sentido,

un encargado de dar una respuesta oficial de la República Centroafricana afirmó que la ley nacional que penaliza la transmisión "imprudente" de personas que conocen su condición de VIH positivas "implica que las madres ya no puedan amamantar a sus hijos (mientras que si no lo hacen, el niño estará mal alimentado y se morirá, lo que se considera un abuso)".[357]

Los defensores de los derechos humanos han logrado avances frente a estas leyes contraproducentes, como la adopción del Plan de Acción de Maputo[358] y una mayor disponibilidad de servicios para prevenir la transmisión vertical del VIH.[359] No obstante, son pocos los países que ofrecen una completa gama de servicios de salud sexual y reproductiva a las mujeres y niñas.

AGRAVIOS CONTRA LA PROPIEDAD

Sin igualdad de derechos para adquirir bienes y protegerlos, la mujer queda efectivamente cautiva de su esposo y de la familia de éste.

Es por este motivo que numerosos tratados internacionales –entre ellos, el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR), el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR) y la Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)– garantizan la igualdad entre hombres y mujeres en el ámbito de la vida familiar, el matrimonio y su disolución.[360] Los acuerdos regionales también abordan leyes y tradiciones que permiten a los hombres y sus familias apoderarse de los bienes de las mujeres divorciadas o viudas. El Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, relativo a los derechos de la mujer en África, protege específicamente la "igualdad de derechos en materia de vivienda y condiciones de vida aceptables"; exige que las naciones "concedan a las mujeres acceso a una vivienda adecuada, independientemente de su estado civil,"[361] y garantiza a las viudas "una participación equitativa en la herencia de los bienes de su esposo" y "el derecho de continuar viviendo en el hogar conyugal".[362] El protocolo de Maputo también aborda la igualdad de derechos en el acceso a las tierras y los bienes.

No obstante, estas normas internacionales o incluso las leyes nacionales que las ratifican, pueden producir poco o ningún efecto. Tanto el matrimonio formal como el concubinato, las leyes relativas a la propiedad y la herencia, como la "apropiación de bienes" de manera ilegal –como cuando los familiares del esposo se apoderan de la casa y las pertenencias de la viuda– perpetúan las desigualdades de género manifiestas. Las mujeres se vuelven económicamente dependientes y no pueden escaparse, lo cual confiere a sus maridos el control de sus vidas sexuales. Así como la desigualdad de los derechos de propiedad incrementa el riesgo de las mujeres de contraer VIH, al denegarles la capacidad para exigir fidelidad o el uso de condones,[363] estudios realizados en África y Asia demuestran también además que el estigma relacionado con el VIH exacerba la apropiación de los bienes.[364]

No se trata solamente de la casa o las tierras que pertenecen a la esposa, la divorciada o la viuda. Las prácticas consuetudinarias pueden determinar que el cuerpo de esa mujer sea propiedad del esposo o de los familiares de él. Estas prácticas, aceptadas en varios países de África y América Latina, así como también en algunas partes de Asia y Medio Oriente, incluyen el matrimonio precoz y la mutilación genital de la mujer,[365] el "levirato" [366] y el "rito de purificación sexual"[367]; a pesar del riesgo inherente a una mayor exposición al VIH.[368] Los sistemas jurídicos, ya sean guberna-

mentales o tradicionales, en general no prohíben estas actividades. Y las mujeres puede que las adopten por razones culturales o religiosas, o que se vean forzadas a obedecerlas por temor a ser condenadas al ostracismo o a caer en la ruina económica.[369] La penalización de la transmisión del VIH agrava los peligros de estas prácticas y pone a las mujeres en un doble dilema: si una mujer es VIH-positiva y es obligada a tener sexo con su cuñado dentro del vínculo del "levirato", podría ser procesada por transmitirle el VIH a él.

RECONCILIACIÓN

Desandar décadas –incluso siglos– de tradiciones que debilitan y oprimen a las mujeres es un proceso lento y gradual. El VIH saca a la luz la discriminación de género dominante y la vuelve más letal que nunca. Algunos países, como por ejemplo Namibia,[370] están tomando medidas para eliminar las excepciones maritales como defensa en casos de violación. Varios países africanos, entre ellos Burkina Faso, Malawi, Mozambique, Nigeria, Ruanda y Sudáfrica, también están realizando avances en pos de asegurar la igualdad de derechos de las mujeres en relación con las tierras y los bienes, algunos haciendo referencia específica al VIH.[371] En Tamil Nadu, India, una asociación entre el gobierno, la sociedad civil y las personas que viven con VIH, creó una organización para prestar servicios legales que ha mejorado el acceso a la propiedad y a las tierras para las mujeres afectadas o que viven con VIH.[372] Los tribunales de algunos países como Tanzania, Uganda y Zimbabue, han rechazado leyes discriminatorias estipuladas en el derecho consuetudinario y religioso. Pero las nuevas normas "mejoradas" a veces reflejan la renuencia de los legisladores a cuestionar los principios del derecho consuetudinario.[373] Zimbabue ya no acepta el matrimonio como defensa en casos de delitos sexuales contra una esposa, por ejemplo, pero no es posible que la mujer enjuicie al marido por violación o agresión sexual indecente, sin contar con la autorización personal del fiscal general.[374] Y cuando prevalecen las costumbres y tradiciones, las mujeres no sienten en la vida diaria los efectos de las leyes y sentencias progresistas existentes a nivel nacional.[375]

Quizás el camino más prometedor hacia el cambio sea la adaptación de los sistemas legales tradicionales para que promuevan la igualdad de las mujeres y sus hijos y la convocatoria a miembros respetados de la comunidad para que medien en las controversias entre las viudas y sus familiares políticos por los bienes heredados. La Red de Cuestiones Legales y Éticas de Kenia sobre el VIH/SIDA (KELIN) ofrece capacitación sobre enfoques alternativos para la resolución de disputas, para personas mayores, y capacitación, también para las viudas y los miembros de las fuerzas de seguridad, para crear conciencia sobre los derechos humanos. Según la KELIN, este enfoque reconoce que el derecho consuetudinario evoluciona y que puede incorporar consideraciones de igualdad de género, y que se pueden fortalecer los mecanismos locales responsables de la aplicación de estas normas para facilitar la promoción y protección de los derechos de las mujeres.[376]

Un elemento inherente de la penalización de la violación conyugal es el reconocimiento de que el matrimonio no es un consentimiento irrevocable al sexo ni un medio profiláctico contra la infección del VIH, y que las mujeres, casadas o no, tienen el derecho fundamental de negarse a mantener relaciones sexuales o negociar sus condiciones. Sin independencia ni seguridad económica, las mujeres nunca podrán controlar sus propios destinos. Y si no pueden hacerlo, no podremos hacer que la transmisión del VIH se detenga.

RECOMENDACIONES

Para garantizar una respuesta efectiva y sostenible frente al VIH, que sea a la vez coherente con las obligaciones en materia de derechos humanos:

4.1. Los países deben actuar para poner fin a todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, incluso en situaciones de conflicto y entornos posconflicto. Los países deben:

4.1.1 Promulgar y poner en práctica leyes específicas que prohíban la violencia doméstica, la violación y otras formas de agresión sexual, entre ellas la violación en el matrimonio y las violaciones relacionadas con los conflictos, ya sean perpetradas contra mujeres, hombres o personas transgénero.

4.1.2 Adoptar medidas judiciales o legislativas orientadas a la eliminación de toda inmunidad –o interpretación de inmunidad– frente a una acción judicial por violación cuando el autor es la pareja, estén casados o no.

4.1.3 Aplicar plenamente las leyes actuales destinadas a proteger a las mujeres y las niñas contra la violencia y procesar a los autores de actos de violencia contra las mujeres y las niñas con el máximo rigor de la ley.

4.1.4 Elaborar y poner en marcha estrategias nacionales integrales y dotarlas de todos los recursos necesarios, concentrándose en la eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas, que incluyan mecanismos sólidos para prevenir, investigar y castigar los actos de violencia. Debe garantizarse la prestación de servicios para la salud, entre ellos, profilaxis posterior a la exposición, servicios legales y protección social para los sobrevivientes de la violencia.

4.2. Los países deben prohibir las prácticas de aborto y esterilización forzados de mujeres y niñas con VIH positivo, y los gobiernos adoptar medidas para detenerlas, así como también toda otra forma de violencia contra las mujeres y las niñas en instituciones sanitarias.

4.3. Los países deben eliminar las barreras legales que impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva. Deben garantizar:

4.3.1 Que los profesionales de la salud proporcionen a las mujeres información completa sobre las opciones sexuales y reproductivas y asegurar que puedan dar su consentimiento informado en todos los asuntos relacionados con su salud. La legislación debe garantizar el acceso a la anticoncepción segura y apoyar a las mujeres para que puedan decidir libremente si desean o no tener hijos y el momento de tenerlos, incluso su número, espaciamiento y los métodos de parto de sus hijos.

4.3.2 Que los profesionales de la salud estén capacitados sobre el consentimiento informado, la confidencialidad y la no discriminación.

4.3.3 Que las instituciones de salud dispongan de mecanismos accesibles de reclamaciones e indemnización.

4.4. Los países deben reformar la legislación sobre la propiedad y la herencia, de modo que las mujeres y los hombres tengan idéntico acceso a los bienes y otros recursos económicos, entre ellos el crédito. Deben adoptar medidas que garanticen que en la práctica se divida la propiedad sin discriminación de género en caso de separación, divorcio o fallecimiento y establecer la presunción de copropiedad conyugal de los bienes familiares. Donde las prácticas relativas a la propiedad y la herencia reflejen la influencia o determinación de los sistemas legales consuetudinarios o religiosos, las autoridades correspondientes deben aplicar reformas para la protección de las mujeres, incluso de las viudas y los huérfanos.

4.5. Los países deben asegurar que las medidas de protección social reconozcan y respondan a las necesidades de las mujeres VIH-positivas y de las mujeres cuyos maridos hayan fallecido de SIDA, así como también que las normas laborales y los servicios de protección social y salud respondan a las necesidades de las mujeres a cargo de los cuidados en grupos familiares afectados por el VIH.

4.6. Los países deben garantizar la sanción y ejecución de leyes que prohíban el matrimonio precoz.

4.7. Los responsables de la aplicación del derecho consuetudinario y religioso deben prohibir las prácticas que aumenten el riesgo de VIH, tales como el levirato, la "purificación de las viudas" y la mutilación genital femenina.

CHAPÍTULO 5

TODA UNA VIDA POR DELANTE

Niños y jóvenes

Fuente : UNDP/Burkina Faso

Las personas no son vulnerables al VIH y al SIDA por ser jóvenes, homosexuales, trabajadores del sexo, o usuarios de drogas inyectables. No es que seamos de alguna manera más vulnerables al virus. Sin embargo, sobre nosotros recae el mayor peso de esta pandemia porque la sociedad reiteradamente nos niega el acceso a la educación sexual, a suministros para la salud reproductiva y a participar en las instancias de decisión de los programas para VIH y SIDA. En lo que respecta a los derechos, existe un gran debate acerca de la necesidad de lograr un equilibrio entre la autonomía y la universalidad de los derechos y los contextos que influyen en la puesta en práctica de esos derechos. Tenemos que comenzar a hablar sin vergüenza acerca de los derechos sexuales, ya que es más probable que se ignore, se malentienda y se desestime eso de lo que no se habla.

Red de Juventudes Asia-Pacífico, Diálogo Regional Asia-Pacífico, 16–17 de febrero de 2011

Los niños y los jóvenes son los que más tienen que perder por el VIH: son los que tienen mayores probabilidades de convertirse en pobres o sin techo, de abandonar la escuela, de sufrir discriminación y violencia, de ver menguadas sus oportunidades, de crecer con enfermedades y de morir mucho antes de tiempo. Los enemigos que los acechan son muchos y complejos, entre otros la mala nutrición, la expulsión de la escuela, el dolor por la muerte de sus padres y el temor a su propia muerte. Pero también son los mayores beneficiados con el éxito en las respuestas al VIH. Los niños y los jóvenes pueden ser poderosos agentes de cambio en la prevención del VIH y en la lucha contra el estigma y la discriminación.[377]

En el mundo, hay 3,4 millones de niños[378] que viven con VIH; aproximadamente 16,6 millones que han perdido a uno o ambos padres a causa del SIDA y muchos millones más que sufren sus consecuencias.[379] Gracias al aumento de los programas para prevenir la transmisión materno-infantil, cada vez nacen menos bebés con VIH. Menos de un cuarto de los niños con necesidad de recibir terapia antirretroviral (ART) realmente accedieron a ese tratamiento en 2010. Y cada día, 2500 jóvenes adquieren el VIH.[380]

Muchos gobiernos han reafirmado las obligaciones que la sociedad tiene para poner en práctica el derecho de los niños a la igualdad, proporcionar sustento para su supervivencia y desarrollo, promover la defensa de su bienestar y brindarles la oportunidad real de expresarse en las cuestiones que afectan sus vidas. Desde su adopción en 1989, aproximadamente 69 países de los 193 firmantes de la Convención sobre los Derechos del Niño (CRC)[381] han promulgado leyes que respaldan estos principios. Pero no todos los gobiernos cumplen sus ideales. Muy pocos han promovido y financiado activamente programas para beneficiar a los niños infectados o afectados por el

VIH. En raras ocasiones los gobiernos toman plenamente en cuenta las realidades de vida de sus jóvenes, incluida su vida sexual.

En la epidemia, las necesidades de los niños están íntimamente ligadas a las de los adultos que los cuidan. Cuando los padres o sus tutores están demasiado enfermos para brindar sustento o atención a sus niños, la carga de mantener a la familia, llevar adelante un hogar y cuidar de sus padres enfermos y sus hermanos puede recaer en esos mismos niños. Los hijos más grandes,[382] especialmente las niñas, muchas veces se ven forzadas a abandonar la escuela para atender a la familia.[383] Para ellas, esto constituye un retroceso, un obstáculo para su independencia económica en su vida adulta, y eleva los riesgos de adquirir VIH. Los programas en distintas partes del mundo han ayudado a respaldar a los adolescentes mayores para que no abandonen sus estudios. Las transferencias directas en efectivo en México,[384] Malawi y Tanzania han logrado esta meta. Además, ese tipo de programas ha reducido las tasas de embarazos de adolescentes, de enfermedades de transmisión sexual y de VIH.[385]

La discriminación contra las familias que viven con VIH es cosa corriente, tal como lo atestiguan las aplicaciones efectuadas ante la Comisión. A los adultos que viven con VIH se les pueden denegar los derechos de visita a sus hijos;[386] los organismos prohíben a los niños VIH-positivos vivir con sus padres en albergues financiados por el estado y los directores de escuelas y centros de atención para niños cierran sus puertas a alumnos que viven con VIH, pensando que infectarán a los demás niños.[387] Por ejemplo, en Paraguay, "las personas que padecen enfermedades crónicas contagiosas tienen prohibido casarse o adoptar niños.[388] Enfrentar estos obstáculos legales es un papel particularmente importante que cumplen las ONG. Por ejemplo, Gidnist, la ONG ucraniana de asistencia legal, apeló ante los tribunales para proteger los derechos de un niño VIH-positivo a quien se le denegó el acceso al hogar paterno. Gracias a esta acción legal, se permitió nuevamente el ingreso del niño al hogar paterno y se ordenó al padre devolver los pagos por manutención del niño.[389]

Fuente : UN Photo/Shehzad Noorani/Thailand

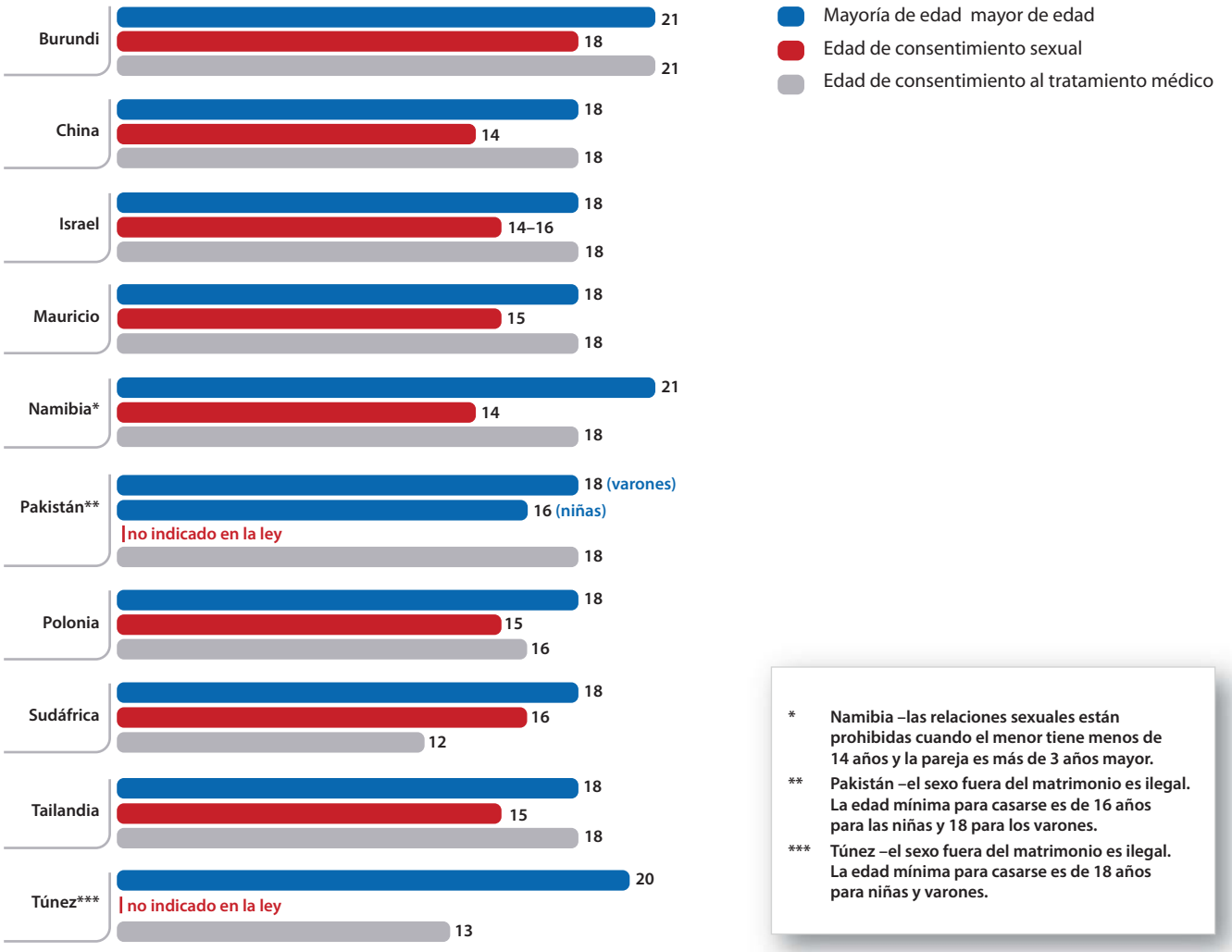
VOLVER A CASA

Cuando los padres mueren, el estado, en última instancia, debe asegurar que se protejan los derechos humanos y los intereses legales de los huérfanos, y el más importante de todos es el derecho a ser cuidado por adultos responsables. Los niños que han perdido a sus padres a causa del VIH viven en diversos tipos de familias y hogares (algunos formales, otros no), por lo tanto resulta fundamental que la ley reconozca los derechos y responsabilidades parentales de quienes están a su cargo de facto, para que los niños no queden legalmente a la deriva, imposibilitados de tener acceso a la atención sanitaria, a la educación y a la protección social.[390] De acuerdo con un informe de UNICEF, en casi todos los países de África Subsahariana, los parientes se hacen cargo de los huérfanos del SIDA -en más del 90% de los casos- "a pesar del gran desgaste económico que esto ha causado en la mayoría de los hogares".[391]

No debemos olvidar que los niños huérfanos por el SIDA sufren un trauma emocional. Nece-

CONTRADICCIONES CRECIENTES

Enfoques legales ante la evolución en la capacidad de los menores, en algunos países



Fuentes: Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos (OACDH); Informes periódicos de país ante el Comité sobre Derechos del Niño (CRC), consultados por el PNUD en 2012; INTERPOL, legislación de los estados miembros de INTERPOL sobre delitos sexuales contra niños, consultados por el PNUD en 2012; UNICEF, Directrices Nacionales de asesoramiento sobre VIH para niños y adolescentes en Pakistán, 2008.

sitan afecto familiar y retomar la normalidad de sus vidas. En asociación con el gobierno, la red de ucranianos que viven con el VIH (All-Ukrainian Network of People Living with HIV, se asegura de que los niños VIH-positivos permanezcan en ambientes familiares y que continúen en la escuela. "Hasta abril de 2011 en Crimea, Ucrania, seis niños con VIH fueron acogidos en hogares temporales, dos fueron adoptados, dos están en custodia y 23 bebes nacidos de mujeres infectadas con VIH (afectados por el VIH) han encontrado sus familias", comentó a la Comisión un representante de esta red.[392]

Un diagnóstico VIH-positivo no convierte a un adulto en persona incompetente para cuidar de un niño. No obstante, normalmente son rechazadas las solicitudes de adopción de personas que viven con VIH (o parejas del mismo sexo). En algunos países, la ley prohíbe este tipo de discriminaciones, como obviamente debería ser en todos lados, especialmente teniendo en cuenta la cantidad de niños afectados por VIH que esperan un hogar. La ley para Estadounidenses con Discapacidades (ADA), por ejemplo, prohíbe a las agencias de adopción discriminar en contra de las parejas o personas que viven con VIH.[393]

PRÁCTICAS NO SEGURAS:
Respuestas erróneas frente al riesgo del VIH

Lee mantenía relaciones sexuales no seguras con su novia, a quien le había ocultado su condición de VIH-positivo. Él estaba preocupado por esto y lo comentó con el personal del hogar de niños donde vivía; el personal a su vez lo informó al equipo de trabajadores sociales de guardia del organismo de servicios sociales. El equipo no supo cómo responder y entonces lo derivó a su jefe inmediato. La respuesta fue una acción de protección de menores para la niña. Fue una respuesta guiada por el pánico. Se consideró necesario adoptar una acción inmediata, se realizaron reuniones estratégicas entre los distintos jefes del servicio a cargo del niño, y un número importante de personas dentro de los servicios sociales supo de la condición de VIH-positivo de Lee. Los padres de la niña se enteraron de lo que había pasado e iniciaron acciones legales por transmisión negligente del VIH, de acuerdo con el artículo 20 de la ley de delitos contra la persona de 1861, aunque no había prueba alguna de que efectivamente se hubiera producido la transmisión del VIH. Lee fue derivado a un asesor legal especializado. Después de la reunión, el asesor entró en pánico y se dirigió directamente a la central de policía, y él mismo entregó al joven. La policía no sabía bajo qué cargos detenerlo y entonces lo acusó de ataque sexual, aunque la niña tenía la misma edad que él y hasta el momento no se le había realizado una análisis. La niña en cuestión, posteriormente fue sometida a una prueba en un servicio de salud sexual para adultos. El resultado fue de VIH negativo. Sus padres y la policía retiraron todos los cargos.

Atender el VIH, Reino Unido, 2008[394]

Cuando las leyes sobre herencia no protegen explícitamente a los huérfanos y la costumbre favorece a los hombres en la propiedad de los bienes, la situación de los huérfanos del SIDA es desesperada. En Kenia, la ausencia de tal protección legal para los huérfanos los ha dejado vulnerables frente a la apropiación de los bienes por parte de sus parientes, bajo el pretexto de una custodia informal.[395] Las disputas por la propiedad pueden ser interminables. En Tanzania, las viudas y huérfanos "languidecen en los pasillos de los tribunales" durante años, tal como lo señaló a la Comisión la Asociación de Mujeres Abogadas de Tanzania. "Una buena parte de ellas muere antes de que los jueces resuelvan las disputas por la herencia".[396]

AUTONOMÍA Y CONSENTIMIENTO

Los jóvenes sexualmente activos, ya sea por razones fisiológicas, psicológicas o sociales, son particularmente vulnerables al VIH. Existe una necesidad imperiosa de brindarles información adecuada sobre prevención, además de servicios de salud sexual y de reproductiva, tal como lo ha remarcado el Comité de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño.[397] Los adolescentes gays o lesbianas o que cuestionan su identidad de género presentan necesidades específicas; entre otras el apoyo y la guía por parte de adultos gay, lesbianas y trans. Los jóvenes que viven con VIH, que pueden haberse infectado ya sea al nacer de madres VIH-positivas, o por la actividad sexual o el uso drogas inyectables inseguras, presentan necesidades de una complejidad particular.

Los grupos de discusión con jóvenes seropositivos en Botswana, por ejemplo, revelaron el estigma que sufren de parte de sus compañeros de clase, amigos y familiares; pueden verse involucrados en prácticas sexuales riesgosas; y tienen dificultades para coordinar las exigencias del trabajo escolar con la salud.[398] A pesar de la legislación que estipula lo contrario, a los jóvenes de Botswana también se les puede denegar la prueba de VIH si no se presentan con sus pa-

dres.[399] Las investigaciones en Canadá, donde 13.000 adolescentes y adultos jóvenes viven con VIH, observaron que entre estos jóvenes "las tasas de falta de vivienda, abuso sexual y físico, dificultades financieras, adicciones y aislamiento social son más altas que las habituales". No obstante, hay pocos programas de apoyo a los jóvenes canadienses VIH-positivos.[400]

Muchos estados niegan los servicios de salud si no media el consentimiento parental.[401] Quienes proponen tales legislaciones sostienen que protegen a los niños (una categoría muy amplia que incluye a toda persona desde su nacimiento hasta los 18 años), pero en realidad el temor a la desaprobación y el enojo de sus padres hace que estos jóvenes eviten acudir a los servicios relacionados con el VIH y para su salud reproductiva.[402] En contraste, un estudio de los Estados Unidos demostró que al eliminarse el requerimiento legal del consentimiento parental, la proporción de jóvenes que se sometió voluntariamente a la prueba de VIH aumentó significativamente.[403]

Las contradicciones respecto de la capacidad de los jóvenes para tomar decisiones autónomas son obvias en la legislación que regula las vidas sexuales y sanitarias de los menores. En muchos países, los niños pueden tener sexo legalmente antes de tener edad para acceder al tratamiento médico sin el consentimiento de sus padres. En otros, la ley supuestamente permite a los niños acceder a los servicios de salud reproductiva y sexual, aun cuando no tuvieran edad para consentir libremente el sexo. No obstante, las actividades sexuales de esos menores deben ser informadas a la policía si solicitan tales servicios. Por ejemplo, en Sudáfrica los trabajadores de la salud que proporcionan esos servicios a menores están obligados por ley a informar de las relaciones sexuales consentidas por menores de edad.[404] Tales normas frustran la mayoría de los esfuerzos de prevención contra el VIH y ITS en los jóvenes.[405]

EDUCACIÓN SEXUAL: EL ESLABÓN PERDIDO

Una educación sexual amplia y adecuada según la edad, que incluya información sobre la prevención del VIH, ayuda a la salud de las poblaciones jóvenes. Los estudios demuestran que ese tipo de programas da como resultado un uso más frecuente de preservativos, parejas sexuales más estables y reduce considerablemente las actitudes sexuales riesgosas. No existe ningún estudio que establezca que la educación sexual conduce a una actividad sexual más temprana, más riesgosa, ni más prolífica.[406]

Actualmente, muy pocas legislaciones reconocen los derechos de los jóvenes a la educación sobre su sexualidad o sobre los riesgos del VIH.[407] Pero, en vista de las tensiones entre los actores religiosos, culturales y políticos respecto de cómo debería ser la educación sexual, la legislación puede promover los derechos de los niños estableciendo pautas mínimas para esos programas educativos.[408]

En su celo por actuar a favor del mayor interés de la juventud, el estado puede intervenir hasta el punto que inintencionadamente dañe sus intereses. Los niños bajo la custodia del estado son objeto de una vigilancia intensa, particularmente en lo que respecta a sus vidas sexuales, y la combinación de leyes punitivas contra el VIH, la confusión oficial y la ambivalencia respecto de la sexualidad juvenil puede exacerbar las dificultades de los jóvenes que viven con VIH, tal como se observó a partir de una investigación realizada en el Reino Unido, por la red nacional de jóvenes con VIH "Children and Young People HIV Network", entre menores VIH-positivos " bajo el cuidado" de autoridades locales.[409]

RECOMENDACIONES

Para asegurar una respuesta efectiva y sostenible al VIH que sea coherente con las obligaciones para con los derechos humanos:

5.1. Las naciones deben promulgar y aplicar leyes que:

5.1.1 Aseguren que se registren absolutamente todos los nacimientos. Esto resulta crucial para apoyar el acceso de los niños a servicios esenciales; aseguren que se promuevan y protejan sus derechos, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño. [410]

5.1.2 Aseguren que todo niño huérfano tenga designado un tutor adulto adecuado. Esto incluye disposiciones acerca de la transferencia de la custodia de los huérfanos del SIDA, de sus padres fallecidos a adultos o a hermanos mayores que puedan asegurar su bienestar. Al seleccionar un tutor, deberá darse preferencia a los adultos pertenecientes a las familias biológicas o familias extendidas de los huérfanos. Los adultos VIH-positivos quese encuentran en buen estado de salud no deberán estar impedidos de adoptar niños.

5.1.3 Apoyen los hogares temporales de la comunidad para niños huérfanos del SIDA, como alternativa a la institucionalización, cuando la adopción formal no fuera posible o apropiada.

5.1.4 Aseguren protecciones sociales sensibles al VIH según se requieran, como por ejemplo las transferencias directas de dinero para los niños afectados y sus tutores.

5.1.5 Prohíban la discriminación contra niños que viven o están afectados por el VIH, especialmente en el contexto de la adopción, la salud y la educación; adopten medidas estrictas para asegurar que las escuelas no expulsen ni prohíban la asistencia de niños VIHpositivos ni a niños provenientes de familias afectadas por el SIDA.

5.2. Las naciones deben promulgar y aplicar leyes que aseguren que los niños huérfanos del SIDA hereden los bienes de sus padres. Los huérfanos deberán heredar independientemente de su sexo, su estado o el de los miembros de su familia frente al VIH. El cumplimiento de las leyes incluye:

5.2.1 La colaboración con los encargados de hacer cumplir las leyes religiosas y consuetudinarias con el fin de asegurar que se haga justicia a los niños huérfanos del SIDA.

5.2.2 La conciliación de conflictos entre las leyes consuetudinarias y las prácticas tradicionales discriminatorias, y las normas internacionales sobre derechos humanos, con el fin de asegurar el cumplimiento del derecho internacional.

5.3. Los países deben promulgar y poner en práctica leyes que aseguren el derecho de todos y cada uno de los niños, dentro y fuera de la escuela, a una educación sobre salud sexual amplia, de modo tal que puedan protegerse a sí mismos y a otros de la infección del VIH y puedan vivir positivamente con el VIH.

5.4. Los jóvenes sexualmente activos deben contar con acceso confidencial e independiente a los servicios de salud, a fin de protegerse del VIH. En consecuencia, los países deben reformar sus legislaciones de manera de asegurar que la edad de consentimiento para el acceso autónomo a los servicios de salud reproductiva, consentimiento sexual y acceso al tratamiento del VIH sea igual o menor que la edad de consentimiento para las relaciones sexuales. Los jóvenes que consumen drogas también deben contar con acceso legal y seguro a los servicios de salud y de tratamiento del VIH.

CHAPÍTULO 6

¿MEDICAMENTOS PARA QUIÉN?

La ley de propiedad intelectual y la lucha global por los tratamientos

Fuente : APN+/Rico Gustav/India

Las políticas de PI son un componente esencial en la reducción sustantiva y continua de precios de ARV, y de la capacidad de los gobiernos nacionales de extender las implicancias de las lecciones aprendidas acerca del VIH a otras áreas de la salud. Las últimas implicaciones, por supuesto, no se miden en prosa técnica, sino en vidas de personas.

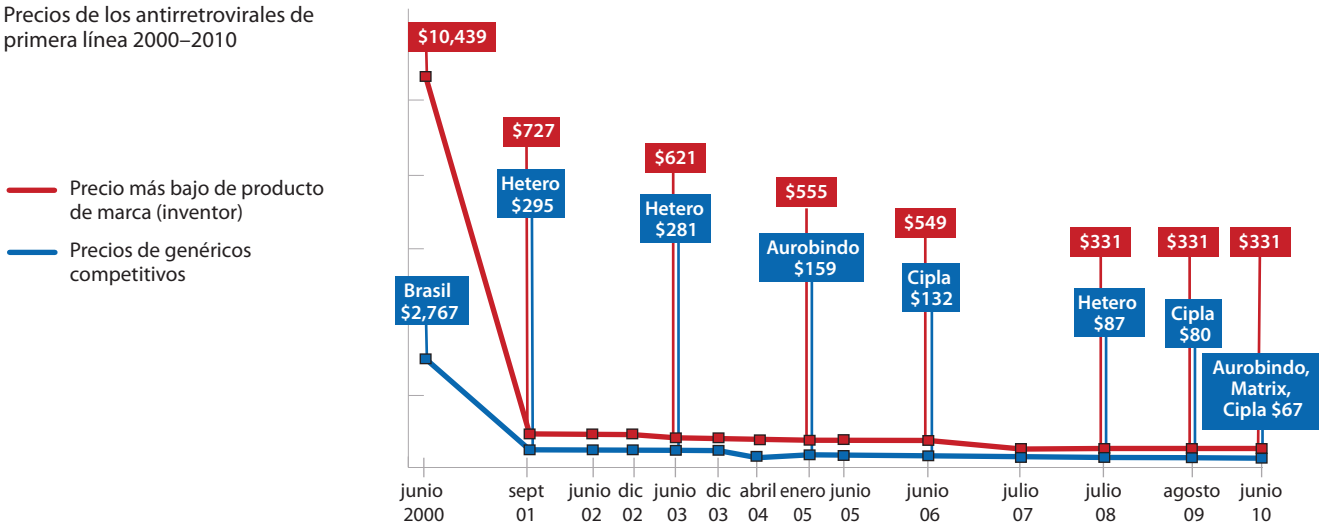
Mohammed El Said y Amy Kapczynski, Access to Medicines: The Role of Intellectual Property Law and Policy[411]

Los ARV y otros medicamentos para contrarrestar los efectos del VIH y sus coinfecciones hacen la diferencia entre la salud y la enfermedad, entre una vida productiva y la muerte prematura. Los ARV de segunda y tercera generación y los medicamentos para las coinfecciones como la hepatitis C siguen siendo costosos. Pero los precios de los ARV de primera generación han caído dramáticamente a lo largo de los últimos diez años, principalmente gracias a una mayor competencia en el mercado de las drogas genéricas. Esto se traduce en más personas que obtienen tratamiento en los países de ingresos bajos y medios – a fines del 2010 eran 6,65 millones.[412] Y eso significa menos infecciones de VIH y sus enfermedades asociadas, menos muertes, menos niños huérfanos debido al SIDA y una reducción de gastos de los sistemas de salud y de los hogares sostenidos precariamente.

HACER CUMPLIR EL DERECHO A LA SALUD

Varios países han promulgado leyes específicas que protegen el derecho a la salud para las personas que viven con VIH o que han adquirido amplio acceso al tratamiento a través de tribunales. La Constitución de Brasil afirma que "la atención de la salud es un derecho de todos los ciudadanos y una obligación del Estado", y en 1996 el gobierno federal promulgó la Ley 9313 que garantiza el acceso asequible al tratamiento del VIH. Este compromiso ha sido crucial para el éxito de la respuesta de Brasil al VIH.[413] En muchas otras situaciones, los tribunales han obligado a los gobiernos a cumplir con sus obligaciones respecto de la salud pública bajo la ley internacional y local. En Venezuela, la Corte Suprema ha dictaminado más de una vez que el gobierno violaba el derecho constitucional a la salud por no garantizar el acceso al TAR para las personas que viven con VIH.[414] En Sudáfrica, la Campaña de Acceso al Tratamiento lideró y ganó una demanda por el derecho a la salud exigiendo que el gobierno suministre ARV para la prevención de la transmisión vertical; de hecho, la Corte Constitucional fue más lejos y ordenó al gobierno que desarrolle

COMPETENCIA DE GENÉRICOS: HACER ACCESIBLES A LOS ARV



Fuente: Médicos Sin Fronteras (MSF), Desenredando la Red de Reducciones de Precios de Antirretrovirales (UTW), 14° edición, julio de 2011.

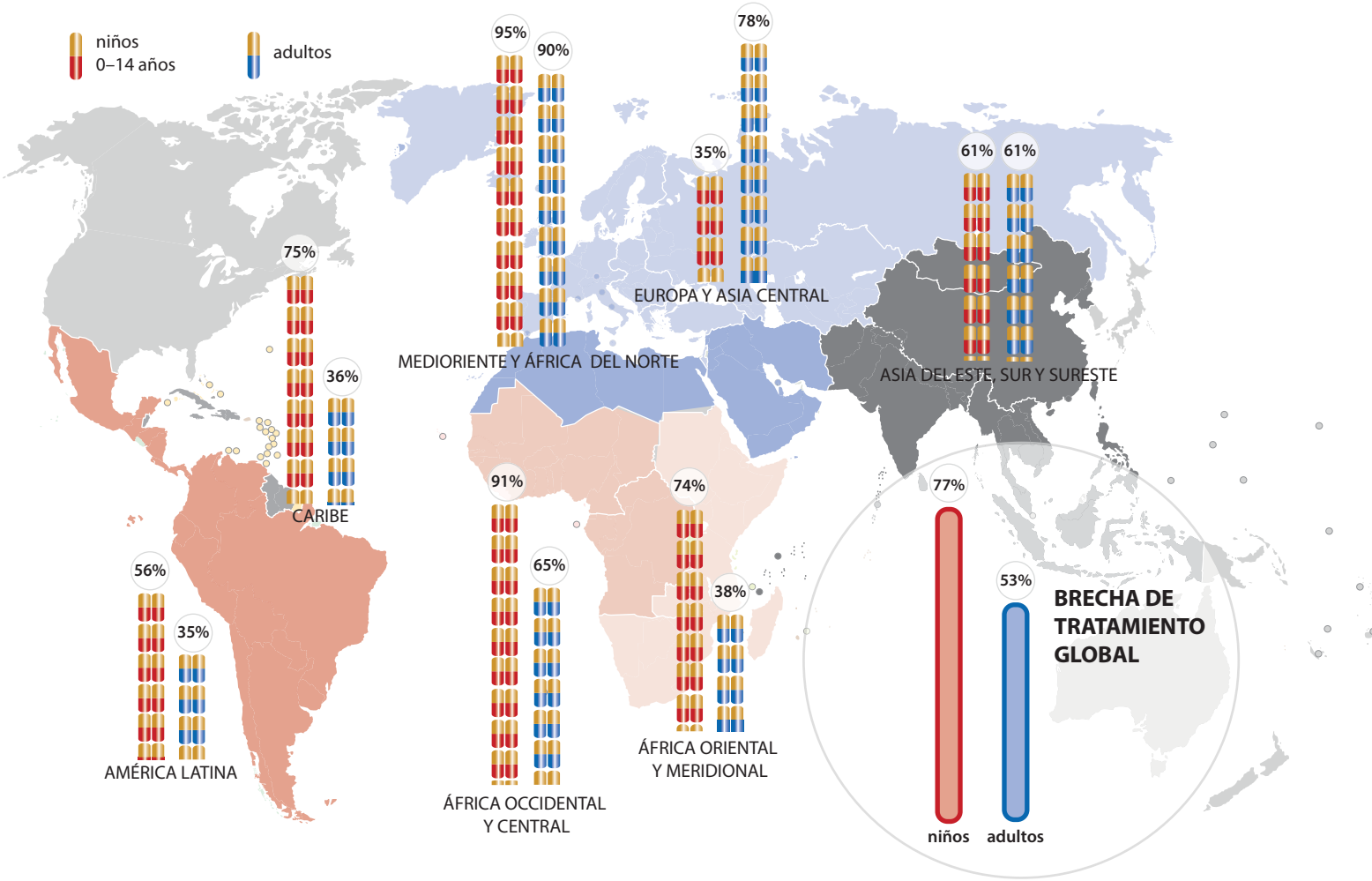
e implemente un programa integral para reducir este riesgo.[415]

Tales estrategias legales, junto con la incidencia global y la competencia de los genéricos, dieron como resultado un aumento de 22 veces del acceso al TAR entre 2001 y 2010.[416] Mientras algunas empresas farmacéuticas han llegado a acuerdos para ofrecer medicamentos a precios reducidos, el dramático aumento en el tratamiento no puede ser atribuido solamente a sus acciones. En cambio, los activistas del tratamiento del SIDA coordinaron campañas internacionales para aumentar los fondos domésticos y de donantes. Esto, junto con la competencia de los fabricantes de genéricos como la oferta "revolucionaria" de Cipla de brindar una triple terapia por menos de un dólar por día en 2001,[417] incrementó enormemente la cobertura del tratamiento. Algunos ARV ya han salido del sistema de patentes.

A pesar de este logro importante, el mundo se encuentra al borde de una crisis de capacidad de pago y accesibilidad a tratamientos. Menos de la mitad de los adultos VIH positivos y menos de un cuarto de los niños que necesitan estos medicamentos vitales entre quienes cumplen con los requisitos de las directrices de la OMS, los están recibiendo. Además, los recursos para el VIH están declinando y la crisis económica global está afectando las contribuciones de los países donantes.[418] El Fondo Mundial para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria, uno de los dos mayores financiadores de la respuesta al VIH, anunció recientemente que tuvo que posponer o cancelar completamente su próxima ronda de subvenciones, de 2011 hasta 2013, debido a que muchos donantes no están cumpliendo con sus compromisos.[419] También hay preocupación sobre los recortes propuestos a los fondos PEPFAR para el tratamiento.[420] Se pagará un terrible precio en vidas humanas. Los costos de la prevención y tratamiento del VIH son modestos, especialmente en comparación con los miles de millones gastados en rescates bancarios o en armamento. Si la comunidad global se toma en serio la finalización de la epidemia, debe gastar lo necesario para lograrlo.[421]

LA BRECHA DE TRATAMIENTO

Porcentaje de adultos y niños médicamente elegibles que NO reciben terapia antirretroviral en países de ingresos bajos y medios a fines de 2010



Fuente: Respuesta Global al VIH/SIDA: Actualización epidemiológica y progreso del sector salud hacia el acceso universal, Informe de Avance 2011. OMS, ONUSIDA, UNICEF, 2011.

Hay muchas razones para esta brecha en el tratamiento. Pero una muy importante es el resultado de acuerdos comerciales multilaterales y bilaterales que indudablemente aumentan el poder de los propietarios de las patentes farmacéuticas para controlar los precios de las medicinas en los mercados globales. Los gobiernos, especialmente en los países de ingresos bajos y medios, no pueden pagarlos.

Firmado en 1994 y administrado por la Organización Mundial del Comercio (OMC), el Acuerdo sobre Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (ADPIC) llevó la protección y cumplimiento de la PI a niveles nunca antes vistos a escala multilateral. [422] La epidemia de VIH ha puesto en evidencia los problemas serios que surgen de aplicar los ADPIC a los medicamentos y otros productos farmacéuticos, con repercusiones que van mucho más allá del VIH, por ejemplo, para las enfermedades no transmisibles que afectan a millones en los países de ingresos altos, medios y bajos.[f]

Pero la tendencia en las regulaciones de la PI es hacia una mayor restricción de la libertad para la

producción y la distribución de los medicamentos necesarios. Una cantidad de acuerdos de comercio e inversión están incorporando cláusulas incluso más restrictivas de PI, planteando una grave amenaza para el acceso al tratamiento ahora y en el futuro.

ADPIC, DOHA Y LA DECISIÓN DEL 30 DE AGOSTO DE 2003: UN POCO DE HISTORIA

Históricamente, los países retenían el derecho de adaptar sus leyes de PI para satisfacer sus necesidades de desarrollo. Luego de declarar su independencia, los Estados Unidos, un importador neto de tecnología en aquel momento, no permitía a los extranjeros registrar patentes[g] durante sus primeros 37 años como residentes. Cuando la restricción para los extranjeros eventualmente se levantó, los costos de las patentes para los extranjeros eran aproximadamente diez veces más altas (con una carga adicional del 65% para los de nacionalidad británica).[423] Suiza suspendió su sistema de patentes de 1802 hasta 1888, cuando la restableció bajo la amenaza de sanciones comerciales de Alemania. Cuando se aprobaba una nueva ley, ésta contenía un fuerte mecanismo de licenciasobligatorias[h] y excluía ciertos productos, incluyendo los químicos, de la protección de patentes.[424] Incluso hasta los años 70, Italia, Suecia y Suiza no otorgaban patentes para productos farmacéuticos, y España sólo ofrecía protección de patentes farmacéuticas recién desde 1992.[425]

El acuerdo ADPIC nació principalmente como resultado del cabildeo de la industria de los Estados Unidos a favor de una protección de PI fuerte y multilateral que cubriera una variedad de productos.[426] En 1986, cuando empezaron las negociaciones que dieron por resultado el acuerdo, unos 50 países no otorgaban patentes para productos farmacéuticos.[427] Los países tenían libertad para definir muchos aspectos de sus regímenes de PI –por ejemplo, excluir campos enteros de la tecnología de ser patentables y determinar la duración de las patentes a la luz de otras consideraciones de políticas públicas. Países de ingresos altos, medios y bajos utilizaban esta libertad para asegurarse que los intereses comerciales no interfirieran con la prestación del mejor

---

f Aunque el mandato de la Comisión es específico para el VIH, las personas que viven con VIH a menudo están coinfectadas con otras enfermedades transmisibles incluyendo la hepatitis C y la Tuberculosis MultidrogoResistente. Existe cada vez más evidencia de la relación entre VIH y enfermedades no transmisibles como el cáncer. Los estudios muestran que las personas que viven con VIH tienen hasta 1000 veces más probabilidades que las personas no infectadas de ser diagnosticadas con el sarcoma de Kaposi, al menos 70 veces más probabilidades de ser diagnosticadas con linfoma no-Hodgkin y, entre las mujeres, al menos cinco veces más probabilidades de ser diagnosticadas con cáncer de cuello uterino. Dado que existen los mismos problemas de asequibilidad y accesibilidad del tratamiento para enfermedades transmisibles y para una variedad de enfermedades no transmisibles, los resultados de la Comisión y sus recomendaciones sobre el tratamiento relacionado con el VIH son relevantes para la salud más allá de dicho tratamiento.

g Las patentes confieren derechos exclusivos otorgados por un tiempo limitado a un inventor de una producto – una creación de la mente que es nueva, contiene un paso innovador y tiene aplicaciones industriales. Las patentes fueron incorporadas para premiar a los inventores por su trabajo, para permitirles recuperar su inversión, y para estimular la innovación. Hoy, las patentes son a menudo utilizadas para mantener exclusividad en el mercado, aunque la exclusividad de la patente puede ser superada a través del empleo de las flexibilidades de los ADPIC.

h El Artículo 31 del Acuerdo sobre los ADPIC reconoce el derecho de los Estados Miembro de la OMC de utilizar productos patentados sin el consentimiento del dueño de la patente a través de "licencias compulsivas", "órdenes de uso para el gobierno", o "licencias compulsivas para remediar prácticas anti-competitivas".

servicio de salud posible. En 1970 Brasil declaró los productos y procesos farmacéuticos como no patentables. En 1970, India implementó una política similar que contribuyó al desarrollo de un sector farmacéutico local fuerte, una poderosa máquina de "ingeniería inversa"[i] que ha producido muchos de los medicamentos genéricos utilizados en los países en desarrollo, y aseguró que estos medicamentos llegaran a los mercados en forma rápida y a un precio asequible. El acceso a genéricos ha demostrado ser crucial para el acceso al tratamiento a gran escala. Por ejemplo, en febrero de 2001, el fabricante de genéricos Cipla de India anunció "un precio para todo el mundo", de un régimen combinado de ARV de primera línea por solo US$350 por paciente por año a las ONG y US$600 por paciente por año para gobiernos africanos.[428] Un estudio de 2010 encontró que las empresas farmacéuticas de genéricos de India suministran al menos el 80% de los ARV que compran los países de ingresos bajos y medios, inclusive 91% de los formulados para niños.[429]

Los ADPIC impusieron estándares mínimos para proteger y hacer cumplir los derechos de PI a un grado nunca antes visto a nivel global.[430] Hoy, todos los Estados Miembros de la OMC, con la excepción de los países menos adelantados (PMA), deben otorgar un mínimo de 20 años de protección de patentes en todos los campos de la tecnología, sin distinción de lugar de invención o país de fabricación.[431] La intención de esas regulaciones supuestamente era generar innovación y equilibrar en forma justa los derechos de los consumidores y los dueños de las patentes. Pero para los países de ingresos bajos y medios, las consecuencias adversas han eclipsado cualquier beneficio potencial. En esencia, los ADPIC impusieron monopolios internacionales bajo protección legal. La limitada competencia dio como resultado el aumento de los costos de los medicamentos.[432] Cuando el producto es farmacéutico, el resultado para los países pobres con abrumadoras epidemias de VIH y otros desafíos de salud ha sido catastrófico. Es una falla del actual régimen internacional de PI que no ha dado como resultado un incremento en la innovación en medicamentos para tratar las coinfecciones de VIH tales como la tuberculosis, la hepatitis C o enfermedades relacionadas que afectan predominantemente a los pobres.

UTILIZANDO LAS FLEXIBILIDADES DE LOS ADPIC: una fotografía de algunos países seleccionados[433]

A medida que la crisis económica se extiende y los fondos de los donantes internacionales disminuyen, los sistemas de salud nacionales están cada vez bajo más presión para reducir costos e incrementar tanto la eficiencia como la inversión doméstica. Con todas las deficiencias de los ADPIC, algunos países aún tienen la opción de utilizar lo que se llaman las flexibilidades de los ADPIC[j] para reducir considerablemente el costo

[i] La ingeniería inversa es el proceso de descubrimiento de los principios tecnológicos de un dispositivo, objeto o sistema a través del análisis de su estructura, función y operación. A menudo implica desensamblar un medicamento o producto e intentar hacer un nuevo medicamento o producto que cumple la misma función sin utilizar el originalo simplemente duplicándolo.

[j] El Acuerdo sobre los ADPIC contiene cláusulas que permiten a los países cumplir con sus obligaciones respecto de la salud pública sin violar la ley de la OMC sobre patentes farmacéuticas (flexibilidades). Los investigadores dividen estas flexibilidades en tres categorías: preventivas, remediación correctivas o relacionadas con su aplicación. Las flexibilidades preventivas son la oportunidad de excluir ciertas categorías para la patentabilidad (por ej. procesos), aplicando criterios de patentabilidad estrictos para evitar las patentes de mala calidad, o extendiendo la duración de la patente a través de modificaciones triviales

PAÍS Y FECHA DE EMISIÓN	TIPO DE LICENCIA Y NOMBRE DEL MEDICAMENTO	IMPACTO DE LA LICENCIA OBLIGATORIA
India *Marzo de 2012*	Licencia obligatoria para fabricar localmente el genérico **tosilato de sorafenib** para tratar el cáncer de riñón y el cáncer de hígado	Precio establecido por el Controlador de Patentes de India dará una reducción de 97%
Ecuador *Abril de 2010*	Licencia obligatoria para importar y, si es necesario, producir localmente, el genérico **ritonavir**	Originó una reducción del precio del medicamento de marca por parte del dueño de la patente del 70%
Tailandia *Janvier 2008*	Licencia de uso para el gobierno para la importación del genérico **letrozol** utilizado para tratar el cáncer de mama	Proyecciones de reducción total de precio del 96,8%
Brasil *Mayo de 2007*	Licencia obligatoria otorgada por el gobierno para importar el genérico **efavirenz**	Originó una reducción del precio del 71,8%
Tailandia *Enero de 2007*	Orden de uso para el gobierno para importar o producir localmente el genérico **lopinavir/ritonavir**	Proyección de reducción del precio esperada del 80,2%
Indonesia *Octubre de 2004*	Orden de uso para el gobierno para fabricar el genérico **lamivudina, nevirapina**	Resultó en una reducción del precio del 53,3%
Malasia *Noviembre de 2003*	Orden de uso para el gobierno para la producción de la combinación de genéricos **estavudina+ didanosina+ nevirapina**	Resultó en una reducción del precio del 83%

Fuente : Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo, Oficina para Políticas de Desarrollo, Grupo de VIH. 2012[434]

de los tratamientos.[435] Estas flexibilidades están relacionadas conla ronda de negociaciones de la OMC en 2001 que dieron como resultado la Declaración de Doha relativa a los ADPIC y la Salud Pública.[436] La declaración establece que los ADPIC deberían ser interpretados e implementados a la luz del objetivo de "promover el acceso a medicamentos para todos". Con ese fin, la Declaración de Doha reafirma los derechos de los Estados Miembros de la OMCpara utilizar las "flexibilidades", incluyendo los derechos a definir estándares de patentabilidad y a ordenar empleo de invenciones patentadas por parte del gobierno y a emitir licencias de uso obligatorias, para aumentar el acceso al tratamiento. Los gobiernos pueden usar también la ley y políticas para controlar los abusos de los derechos de PI.[437]

En 2002, 2005 y 2007, activistas pro tratamiento en Sudáfrica utilizó con éxito la ley de competencia para atacar los precios excesivos de la primera generación de ARV.[438] Entre 2001 y 2006, el gobierno brasilero amenazó con otorgar licencias obligatorias para negociar una reducción significativa en los precios de un número determinado de ARV. Esto ahorró a los gobiernos aproximadamente 1.200 millones de dólares entre 2001 y 2005.[439] En 2007, Brasil emitió una licencia obli-

y oposiciones pre y pro otorgamiento. Las flexibilidades remediación correctivas son: licencias obligatorias y órdenes de uso para el gobierno; la Excepción Bolar (que permite la preparación para fabricación de un producto patentado antes del vencimiento de la patente); importación paralela (permite el acceso a fuentes más baratas); excepciones típicas de los derechos de patentes (uso individual, para experimentos, etc.). Las flexibilidades relacionadas con la aplicación se centran en el respeto de los estándares mínimos de los ADPIC en lo que concierne a la violación de la patente y no permitir obligaciones de niveles innecesariamente estrictos de PI, especialmente sanciones penales.

El cumplimiento y la aplicación del Acuerdo Antifalsificación. . . pondrá en peligro las vidas de los ciudadanos de Kenia afectados por el VIH y el SIDA, ya que verán denegado arbitrariamente su acceso a medicamentos esenciales y asequibles necesario para el cumplimiento de los derechos a la vida y a la dignidad humana que están consagrados en . . . la Constitución de la República de Kenia.

Jacinta Nyachae, Proyecto Ley de SIDA (AIDS LawProyect), Kenia, Diálogo Regional de África, 3–4 de agosto de 2011

gatoria para el importante ARV efavirenz, que tomaba más de un tercio de los 200.000 pacientes que reciben tratamiento a través de los servicios de VIH del sistema nacional de salud público. A partir de allí, el precio de las versiones importadas de genéricos de los medicamentos cayó de 1,6 a 0,45 dólares por dosis. Tailandia prevé un ahorro mínimo de 358 millones de dólares aprovechando las flexibilidades de los ADPIC.[440]

Las autoridades en patentes de India usaron cláusulas de la Ley de Patentes para rechazar una cantidad de solicitudes de patentes para nuevas formas de medicamentos conocidos que ofrecen escasa mejora terapéutica – importantes no sólo para los indios sino también para todo el mundo en desarrollo, gran parte del cual recurre a la India como su farmacia.[441]

A pesar de sus potenciales beneficios, las flexibilidades de los ADPIC han demostrado ser insuficientes para zanjar la falta de medicamentes accesibles que los ADPIC mismos han contribuido a crear. El acuerdo sobre los ADPIC, en teoría, ofrece flexibilidad para que los gobiernos nacionales cumplan con sus obligaciones. Sin embargo, en la práctica, los intentos de los países de ingreso bajo y medio de utilizar medidas para promover el acceso a medicamentos accesibles han estado plagados de dificultades y han sufrido represalias y la oposición de los países de altos ingresos y las corporaciones.[442] Por ejemplo, Tailandia, aunque siguió escrupulosamente los requerimientos de los ADPIC y las leyes nacionales, fue incluida en la Lista de Vigilancia Prioritaria 301 de los Estados Unidos por tres años consecutivos, al menos en parte por haber emitido licencias obligatorias para una cantidad de productos farmacéuticos, incluyendo aquellos para tratar el VIH, el cáncer y enfermedades cardiovasculares.[443] Cuando el gobierno de Tailandia emitió una licencia obligatoria en 2007 sobre lopinavir/ritonavir (Kaletra), Abbott, la empresa farmacéutica dueña de la patente de Kaletra, respondió con el anuncio de que retiraría varias solicitudes para obtener la aprobación de comercialización de nuevos medicamentos en Tailandia, incluyendo la versión de Kaletra resistente al calor.[444] De la misma manera, cuando Sudáfrica aprobó una ley en 1997 que permitía la importación paralela de medicamentos más baratos,[445] 39 empresas farmacéuticas demandaron al gobierno alegando que la ley violaba la Constitución de Sudáfrica y el Acuerdo sobre los ADPIC. Sudáfrica también fue incluida en la sección 301 de la Lista de Vigilancia Especial,[446] lo que fue posteriormente revocado por el entonces presidente Clinton a través de un Decreto Ejecutivo, luego de grandes protestas de los activistas y acciones legales. El gobierno de la India sigue involucrado en un litigio con la empresa Novartis, que busca revertir la aplicación por parte del estado de la Sección 3(d) del Código de Patentes para rechazar la solicitud de patentes sobre el medicamento contra el cáncer Gleevec (mesilato de imatinib) de Novartis.[447]

La Declaración de Doha de 2001 también dejó sin resolver un gran problema: cómo asegurar el acceso a los medicamentos para los países que encuentran barreras a las patentes pero tienen una capacidad doméstica limitada o nula para producirlos localmente y por lo tanto siguen dependiendo de los medicamentos de los países donde las reglas de los ADPIC limitan la expor-

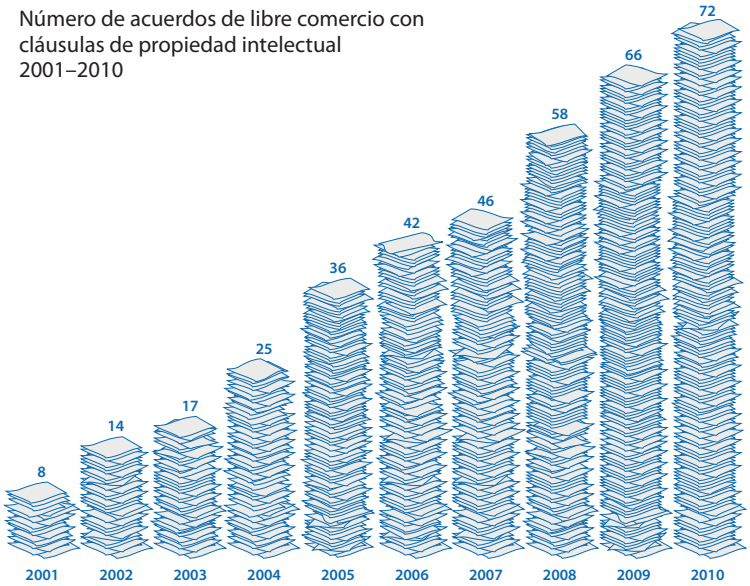
tación a cantidades insuficientes. Luego de 20 meses de negociación, el Consejo General de la OMC finalmente adoptó una solución temporal: la decisión del 30 de agosto de 2003, un complicado conjunto de regulaciones para superar estas limitaciones. Sin embargo, esta decisión ha demostrado ser inefectiva en la práctica. Ha sido utilizada sólo una vez en más de 8 años.[448] De hecho, su eficacia ha sido muy cuestionada por los países de ingreso bajo y medio, tales como Ecuador, Brasil e India, que argumentaron ante el Consejo de los ADPIC de la OMC que los requerimientos detallados tales como los colorantes para pastillas, etiquetados adicionales y los seguimientos online de envíos producidos bajo este mecanismo son costosos, insumen mucho tiempo y desincentivan a los fabricantes de genéricos. A pesar de los intentos por persuadir a los países de ratificarlo, sólo una minoría de los Estados Miembros de la OMC lo hizo. A pesar de estas críticas, los países de ingresos altos, incluyendo los Estados Unidos, la Unión Europea y Canadá, continúan apoyándolo.[449]

LA EXTRALIMITACIÓN DE PROTECCIÓN DE LA PI

Diez años después de que los Estados Miembros de la OMC unánimemente reafirmaran su derecho a utilizar las flexibilidades de los ADPIC para sus objetivos de salud pública a través de la Declaración de Doha, algunos gobiernos y empresas farmacéuticas están socavando activamente el derecho y los intentos de los países para utilizarlos. Los Estados Unidos, la UE y Japón, entre otros, continúan socavando la Declaración de Doha, e intentan incrementar el cumplimento de la PI también en otros foros, como la Asamblea Mundial de la Salud, la Organización Mundial de la Propiedad Intelectual, la Organización Mundial de Aduanas, e Interpol. Algunos países de altos ingresos también están pidiendo que los países en desarrollo incluyan en los acuerdos bilaterales o plurilaterales de libre comercio compromisos más estrictos que los de ADPIC, las llamadas cláusulas "ADPIC-plus".

COMERCIO LIBRE, LIMITACIONES CRECIENTES

Número de acuerdos de libre comercio con cláusulas de propiedad intelectual 2001–2010



Fuente: sitio Web de la Organización Mundial del Comercio (OMC: www.wto.org), visitado por PNUD en 2012.

La intensificación de la aplicación

Las leyes y políticas unilaterales de varios países desarrollados obstaculizan los esfuerzos de los países en desarrollo por ampliar el acceso al tratamiento. Por ejemplo, la UE adoptó regulaciones para sus fronteras[450] que resultaron en la incautación o detención temporaria de al menos 17 cargamentos de medicamentos genéricos, la mayoría de ellos de la India, en 2007 y 2008. Los cargamentos fueron incautados con el argumento de que violaban patentes y marcas registradas en Europa, aunque los productos eran destinados a países en los que no violarían ningún derecho de PI. El resultado fue una disrupción en la cadena de abastecimiento de genéricos legítimos, incluyendo medicamentos para el VIH, y probablemente aumentos en los costos debido a los cambios en los patrones de envío.[451]

A pesar de su aparente perversidad, la atención a la aplicación de la PI va en aumento. Una con-

LOS "COSTOS DE PESO MUERTO" Y LAS MUERTES REALES

El sistema de patentes y los acuerdos internacionales actuales están dirigidos a estimular la innovación y premiar a los inventores por sus inversiones. Pero si la experiencia de los EE.UU. es típica, no siempre se ha tenido éxito. En otro sentido, sin embargo, los acuerdos están funcionando tal cual fueron concebidos –esto es, para permitir que los productores de medicinas patentadas recuperen los costos y generen ganancias monopólicas cobrando precios supracompetitivos, pagados por los consumidores, los gobiernos o los proveedores de seguros de salud. El PI no tiene en cuenta que la mayoría de las compras de medicamentos que realizan los países de ingreso bajo o medio se pagan con fondos de gobiernos con limitados presupuestos en salud. Por ende, los precios altos crean –en lenguaje económico– "costos de peso muerto", lo cual, en el contexto de los medicamentos, causa muertes reales.

secuencia de esto es el recientemente concluido Acuerdo Comercial Antifalsificación (ACTA, por sus siglas en inglés), negociado entre un selecto grupo de países predominantemente de ingresoalto,[452] con muy poca información oficial disponible fuera del grupo sobre el contenido de las negociaciones.[453] El reciente ACTA –que las naciones del G8 han impulsado fuertemente– agrega una capa de protección más a la PI excediendo significativamente lo que exigen los ADPIC. Se teme que esto pueda amenazar fuertemente el acceso a los tratamientos.[454] El ACTA causó tal controversia que el 4 de julio del 2012 el Parlamento Europeo rechazó ratificar el Acuerdo.[455]

Leyes antifalsificación

La récente prolifération de lois anti-contrefaçon en Afrique de l'Est, encouragée par les multinationales pharmaceutiques, reflète la confusion croissante entre les génériques et les médicaments de contrefaçon (des formulations de qualité inférieure peuvant mettre en danger ceux qui les prennent)[456] et le mythe de l'infériorité des génériques par rapport aux marques d'origine. En 2008, avec l'appui et les acclamations des industries pharmaceutiques multinationales, le Kenya a promulgué une loi de lutte contre la contrefaçon dans le secteur des médicaments qui a en fait élargie considérablement la protection de la PI.[457] De telles lois sont dangereuses pour les pays d'Afrique de l'Est qui dépendent fortement des médicaments génériques.[458] En effet, les lois à elles seules ne peuvent résoudre le véritable problème de médicaments de qualité inférieure. Des médicaments défectueux produits par inadvertance par les titulaires de brevet ne sont pas une contrefaçon du brevet, mais constituent un risque réel de santé publique ; les agents de douane ne pouvant détecter les défauts. Les questions de qualité, de sécurité et d'efficacité du médicament n'ont aucun rapport avec la PI. Elles relèvent de la compétence des autorités en charge de la réglementation des médicaments et doivent être appliquées par elles.[459] Un récent jugement rendu par la haute Cour de justice du Kenya a confirmé une ancienne décision empêchant la mise en application de la Loi anti-contrefaçon de 2008 en raison du fait que la définition de « anti-contrefaçon » dans cette loi n'établit pas une distinction claire entre médicaments de contrefaçon et génériques, et pourrait donc entraver l'accès aux médicaments génériques abordables. Dans son jugement, Mme la juge Ngugi a décrété que la propriété intellectuelle ne doit pas l'emporter sur les droits à la vie, à la santé et à la dignité humaine, tel que le stipule la Constitution du Kenya de 2010.[460]

Tratados de libre comercio

Los tratados de libre comercio (TLC) y los acuerdos de sociedad económica (ASE) que contienen los estándares ADPIC-plus también amenazan el

Fuente : UNAIDS/0. O'Hanlon/Cambodia

acceso a los medicamentos. Un ejemplo de ello es el Acuerdo de Asociación Transpacífico (TPP, en inglés) impulsado por los Estados Unidos. Entre otras condiciones favorables a la industria farmacéutica de los Estados Unidos, las normas de concesión de patentes propuestas permitirían patentar nuevas formas, nuevos usos y nuevas formulaciones de los medicamentos ya existentes; extenderían los términos de las patentes; y restringirían el uso de mecanismos de control de precios. En otro ejemplo, el TLC UE-India reduciría la libertad de los países de adoptar políticas que promuevan la producción y distribución de medicamentos genéricos. La postura comercial de los Estados Unidos, que amenaza el acceso a medicamentos a precios asequibles para millones de las personas más pobres del mundo, es notoria, dados los compromisos declarados por el presidente Barak Obama de aumentar la igualdad económica y el acceso a la atención médica en los Estados Unidos.

Estas cláusulas de los ADPIC-plus pueden quebrar los presupuestos, aun los de países de altos ingresos.[461] Canadá está negociando actualmente un TLC con la UE que podría agregar unos 2.800 millones de dólares canadienses estimados por año en costos adicionales a los programas de medicamentos de Canadá si se adoptan varias cláusulas de los ADPIC-plus.[462] Para los países con recursos limitados, la carga puede ser aplastante. El acuerdo EE.UU.-CAFTA, según algunas proyecciones, incrementará el gasto público de Costa Rica en ARV en al menos un 50% para 2030. Los gobiernos de los países en desarrollo que negocian los TLC a menudo son obligados a aceptar estos términos de PI a cambio del acceso a mercados para sus productos. Entusiasmados como están por el comercio, los gobiernos de los países de ingresos bajos y medios no deben ser forzados a cambiar los "más altos niveles posibles de salud" por el acceso a los mercados de los países desarrollados.

CAMBIO DE VALORES, NUEVOS INCENTIVOS

Se suponía que los APDIC lograrían un equilibrio entre los derechos de los innovadores y los derechos de los consumidores. En la realidad, el equilibrio se ha inclinado peligrosamente a favor de los titulares de derechos. Sin duda, el canal de la investigación y desarrollo debe permanecer abierto para tratamientos futuros; los tratamientos actuales para la infección del VIH, aunque efectivos, necesitan mejoras continuas para hacerlos menos tóxicos y más efectivos, con menos fármaco-resistencia y menos efectos adversos. Los tratamientos y las tecnologías médicas deben ser adecuadas a las necesidades específicas de los países en desarrollo – tales como las formulaciones para niños y los equipos de diagnóstico que puedan ser utilizados en el lugar de atención, especialmente importante donde la

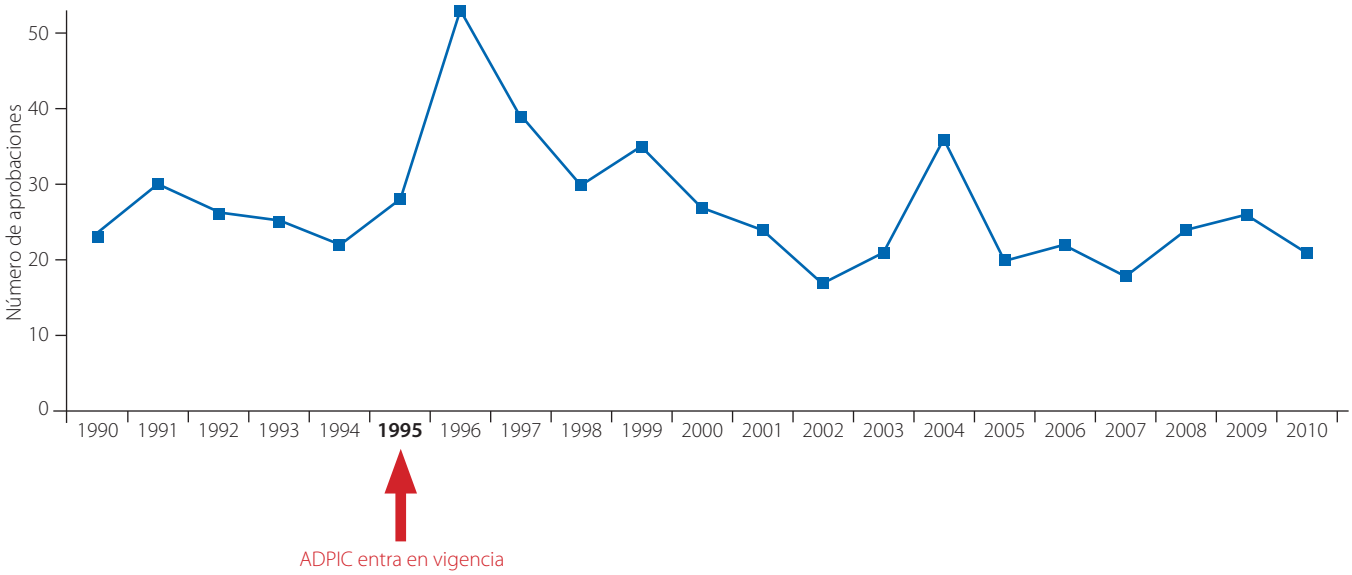
gente debe viajar grandes distancias para llegar al mismo.[463]

Pero aquí hay un pernicioso mito.El mito es que la protección y la aplicación estrictas de la PI son el medio único y necesario para estimular el desarrollo de nuevos productos farmacéuticos.[464] La evidencia contradice esta afirmación. ¿Qué ha producido el mercado libre de patentes? En ocasiones, innovaciones que salvan o mejoran vidas, tales como las nuevas medicinas para la hipertensión o la diabetes. Pero a menudo, las empresas farmacéuticas producen medicamentos de boutique para tratar los problemas de las personas que viven en países ricos –acné, arrugas, síndrome de piernas inquietas, disfunción eréctil– y miles de productos y procesos que ofrecen sólo pequeñas modificaciones a los medicamentos existentes o nuevos usos de los ya existentes.[465] Según un informe del Instituto Nacional de los Estados Unidos para la Administración de la Salud, entre 1989 y 2000, solo el 15% de las drogas nuevas aprobadas fueron medicamentos que proveen una mejoría clínica importante.[466]

Mientras tanto, los departamentos de investigación y desarrollo (I+D) han desatendido las enfermedades tropicales que enferman y matan a millones, porque los potenciales consumidores son pobres. Por cierto, en 2006 la Comisión de la OMS sobre Propiedad Intelectual, Innovación y Salud Pública afirmó: "Para enfermedades que afectan a millones de personas pobres en los países en desarrollo, las patentes no son un factor

¿IMPULSANDO LA INNOVACIÓN?

Aprobaciones de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE.UU. para nuevas entidades moleculares



Fuente: Sitio Web de la Administración de Alimentos y Medicamentos de los EE. UU. (www.fda.gov), visitado por PNUD en 2012.

relevante o eficaz para estimular la I+D y llevar nuevos productos al mercado."[467]

Las propuestas y programas para mejorar el ambiente para la innovación y el acceso varían. El Fondo Global y el Programa de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos para el Alivio del SIDA (PEPFAR, por sus siglas en inglés) han creado incentivos económicos para el desarrollo de medicamentos genéricos donde las barreras de patentes no existen o han sido superadas. Con la creciente competencia de los genéricos y las economías de escala en la producción, los precios bajan.[468] Recientemente, trece importantes empresas farmacéuticas, con el apoyo de la Fundación Bill y Melinda Gates, el Banco Mundial y otros donantes, se comprometieron a invertir en I+D para eliminar o controlar diez enfermedades tropicales desatendidas en países de bajos ingresos, incluyendo la ceguera del río o la enfermedad del sueño, para 2020. Las empresas también donarán más medicamentos existentes a los países que los necesiten.[469]

Estas son iniciativas decentes y modestas, pero no pueden pretender deshacer el daño hecho por los ADPIC. La donación de medicamentos no ofrece soluciones sostenibles; dejan el problema subyacente sin resolver. Los fondos para premiar la innovación, un tratado internacional vinculante sobre I+D y el descubrimiento de nuevos medicamentos de acceso libre son algunas de las iniciativas más prometedoras que tiene en estudio el Grupo Consultivo de Expertos de la OMS.[470] Un informe reciente suyo ha solicitado a los países que inicien negociaciones para un tratado vinculante sobre I+D.[471] Estas nuevas ideas pueden aumentar la colaboración o ampliar el acceso. En cualquier caso, es esencial que los países de ingreso bajo y medio participen de manera significativa en esta discusión.[472]

Pero la crisis respecto del acceso a los medicamentos no es solo un problema técnico. Es un tema de legislación y políticas. Muchos analistas cuestionan los fundamentos políticos, económicos y morales que convierten a los regímenes de PI basados en los ADPIC en el mecanismo orientador de la I+D necesaria para los medicamentos para el VIH. Cuestionan si los compartimentos estancos de la investigación y el sigilo de las fases del sistema basado en la PI son buenos para llevar a cabo una investigación más eficiente y científicamente rigurosa. Disputan que se incluya los productos farmacéuticos en el mismo régimen que las películas o el software y los perversos incentivos en los que la búsqueda de medicamentos que salvan vidas busca la maximización de las ganancias de los monopolios farmacéuticos en vez de satisfacer las necesidades insatisfechas de millones de personas.

La incapacidad de los Estados Miembros de la OMC de usar los instrumentos internacionales vinculantes para satisfacer las necesidades de salud pública muestra que el Acuerdo sobre los ADPIC no logra equilibrar los derechos de los innovadores y de los consumidores. Como resultado, el actual régimen de los ADPIC pone en peligro la salud de millones de personas.

RECOMENDACIONES

Para asegurar una respuesta efectiva y sostenible al VIH que sea consistente con las obligaciones en derechos humanos:

6.1. La Secretaría General de las Naciones Unidas debe convocar un organismo neutral de alto nivel para analizar y evaluar propuestas y recomendar un nuevo régimen de propiedad intelectual para productos farmacéuticos. Dicho régimen debe ser consistente con las leyes internacionales de derechos humanos y los requerimientos de la salud pública y proteger los derechos justificados de los inventores. Este organismo debe incluir representantes del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, OMS, OMC, PNUD, ONUSIDA y OMPI, así como al Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, agencias técnicas y expertos clave, y representantes del sector privado y la sociedad civil, y personas que viven con VIH. Esta re-evaluación, basada en los derechos humanos, debe tomar en cuenta y ampliar los esfuerzos ya en curso en la OMS, como su Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación, y Propiedad Intelectual y el trabajo de su Grupo Consultivo de Expertos. Hasta que se termine esta revisión, los Estados Miembros de la OMC debe suspender los ADPIC que se relacionan con productos farmacéuticos esenciales para los países de ingreso bajo y medio.

6.2. Los países de alto ingreso, incluyendo los donantes como los Estados Unidos, la Unión Europea, los países de la Asociación Europea de Libre Comercio (Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza) y Japón deben dejar inmediatamente de ejercer presión sobre los países de ingreso bajo y medio para que adopten o implementen medidas de los ADPIC-plus en los tratados de comercio cuando impiden el acceso a tratamientos que salvan vidas.

6.2.1 Todos los países deben adoptar y respetar inmediatamente una moratoria global sobre la inclusión de cualquier cláusula de propiedad intelectual en cualquier tratado internacional que limite la capacidad de los países de mantener las opciones de políticas para reducir el costo de los tratamientos relacionados con el VIH. Los acuerdos tales como el Acuerdo de Antifalsificación (ACTA) deben ser reformulados; si no se reformula el ACTA de manera que excluya tales cláusulas de propiedad intelectual, los países no deben firmarlo. Todos los países deben cesar unilateralmente las prácticas que sirven a este objetivo de limitar la accesibilidad.

6.2.2 Los países de alto ingreso deben dejar de buscar imponer las obligaciones de propiedad intelectual más estrictas de los ADPIC-plus a los gobiernos de los países en desarrollo. Los países de altos ingresos deben también desistir de tomar represalias contra los países que se resisten a adoptar tales medidas de ADPIC-plus para lograr un mejor acceso al tratamiento.

6.3. 6.3 Aunque la Comisión recomienda que los Estados Miembros de la OMC debe suspender urgentemente los ADPIC que se relacionan con productos farmacéuticos esenciales para los países de ingresos bajos y medios, reconocemos que este cambio no sucederá de la noche a la mañana. Entre tanto, aun cuando a algunos países les puede resultar difícil enfrentar la presión política, éstos deberían, hasta donde sea posible, incorporar y utilizar las flexibilidades de los ADPIC, de acuerdo con las garantías que ofrecen sus propias leyes nacionales.

6.3.1 Los países de ingreso bajo y medio no deben estar sujetos a presión política y legal que apunte a evitar que usen las flexibilidades de los ADPIC, para asegurar así que los infantes, niños y adolescentes que viven con VIH tengan igual acceso que los adultos al diagnóstico y tratamiento del VIH acorde con su edad.

6.3.2 Es fundamental que tanto los países con importante capacidad manufacturera como aquellos que dependen de la importación de productos farmacéuticos retengan el espacio político para usar las flexibilidades de los ADPIC tan amplia y sencillamente como puedan. Los países de ingreso bajo y medio deben facilitar la

colaboración y el intercambio de conocimientos técnicos con el objetivo de aprovechar al máximo las excepciones de los ADPIC (por ejemplo, emitiendo licencias obligatorias para los ARV y medicamentos para las coinfecciones como la hepatitis C). Tanto los países importadores como los exportadores deben adoptar medidas domésticas simples y fáciles de implementar para facilitar el uso de las flexibilidades de los ADPIC.

6.3.3 Los países en desarrollo deben desistir de adoptar cláusulas de los ADPIC-plus incluyendo legislación antifalsificación que equipare erróneamente el problema de la falsificación de medicamentos o medicamentos deficientes y que por lo tanto impida el acceso al tratamiento asequible relacionado con el VIH.

6.3.4 Los países deben usar de manera proactiva otras áreas del derecho y políticas como las leyes de competencia, políticas de control de precios y legislación de adquisiciones, que pueden ayudar a mejorar el acceso a los productos farmacéuticos.

6.4. Los Estados Miembros de la OMC debe exonerar por tiempo indefinido a los PMA de la aplicación de las cláusulas de los ADPIC con respecto a los productos farmacéuticos. Las Naciones Unidas y sus estados miembros deben movilizar los recursos suficientes para ayudar a los PMD a mantener esta libertad de políticas.

6.5 La Decisión del Consejo General de la OMC del 30 de agosto de 2003 no resultó ser una solución viable para los países con insuficiente capacidad de fabricación farmacéutica. Es imprescindible que el sistema creado por esa decisión se revise o se complemente con un nuevo mecanismo para facilitar la importación de productos farmacéuticos fabricados bajo licencias obligatorias. Los Estados Miembrosde la OMC deberían desistir de ratificar la adopción de la Decisión del 30 de agosto de 2003 como un nuevo Artículo 31 bis del Acuerdo sobre los ADPIC, y deben continuar con los esfuerzos de reformar o remplazar el sistema.

6.6 Los ADPIC no han logrado estimular o premiar el tipo de innovación que incremente la disponibilidad de productos farmacéuticos eficaces para los pobres, incluso para las enfermedades desatendidas. Por lo tanto, los países deben desarrollar, acordar e invertir en nuevos sistemas que realmente cumplan este objetivo, priorizando los métodos más prometedores incluyendo un nuevo tratado de I+D farmacéuticos y la promoción de descubrimientos de acceso libre.

CONCLUSIÓN

En el siglo XXI, el VIH es una condición crónica manejable... para algunos. No obstante, al igual que otras dolencias prevenibles y curables (como la neumonía, la diarrea y la desnutrición), continúa provocando enfermedad y muerte a demasiada gente en condición de vulnerabilidad o marginalización.

Desde los inicios de esta epidemia, los portadores del VIH, las poblaciones desproporcionadamente afectadas por el SIDA, sus familias y sus seres queridos son quienes han impulsado las respuestas. Su tenacidad, activismo, creatividad y solidaridad originaron los conceptos de "sexo seguro" y "reducción del daño", fueron los promotores del progreso médico y científico, y, durante la última década, lideraron el rápido aumento del financiamiento internacional destinado a enfrentar el SIDA. Son ellos quienes proporcionaron a la Comisión pruebas irrefutables acerca de cómo una buena legislación y el respeto coherente de los derechos humanos pueden propiciar las respuestas efectivas contra el VIH que se necesitan para un desarrollo sustentable.

El mundo siempre puede lograr sus objetivos si cuenta con más elementos de juicio y mejores herramientas y tecnologías. La publicación de 2011 denominada "Marco para las Inversiones"[473] demuestra que un incremento modesto en las inversiones financieras junto con una mayor focalización en las respuestas frente al VIH pueden contrarrestar la epidemia mundial en unos pocos años. Las nuevas tecnologías son bienvenidas, pero establecer un entorno legal propicio resulta de importancia primordial, si no queremos malgastar ese dinero.

El Grupo de Referencia de Derechos Humanos de ONUSIDA recientemente argumentó que "la crisis financiera representa el problema de derechos humanos más importante en la respuesta al VIH en estos momentos". Paradójicamente, el financiamiento se ha estancado o reducido justo cuando la ciencia, los medicamentos y los programas están ofreciendo herramientas para lograr éxitos en la lucha en contra el VIH.[474] Los países y las organizaciones de financiamiento internacionales deben restablecer e impulsar el flujo de recursos para enfrentar el VIH. Deben idear estrategias que respondan a las evidencias en salud pública y no a las ideologías. Deben ser realistas respecto de las exigencias que se imponen a vidas limitadas por la carencia de opciones. Y deben ser respetuosos de la experiencia y la inteligencia de las personas que viven con VIH y de quienes representan sus intereses.

Al desplegar la ayuda extranjera y al asignar los recursos domésticos, los gobiernos deben comprender que los millones que invierten en respuestas humanas frente al VIH pueden verse rápidamente desvirtuados por el apoyo material y político a los sistemas de represión legal en esos mismos países. Los organismos de comercio multilateral no pueden considerar que las medicinas son bienes iguales al software o a las películas. La sociedad civil debe exigir que en la búsqueda de ganancias de las corporaciones, los acuerdos comerciales se sometan a las exigencias de los derechos humanos universales.

El mundo es un elemento poroso. El petróleo, los sentimientos, la información digitalizada, el capital y los conflictos fluyen a través de las fronteras al igual que la gente, incesantemente. El VIH no puede quedar encapsulado en una cuarentena social, económica o médica. En sus recomendaciones, la Comisión exhorta a los gobiernos, los donantes, la sociedad civil, a las instituciones religiosas y a las Naciones Unidas a que asuman sus obligaciones como ciudadanos del mundo en favor de los derechos humanos y sean responsables de hacer todo lo que esté a su alcance para terminar con el SIDA.

Los gobiernos, al crear entornos legales que promuevan las respuestas más efectivas y humanas frente al VIH, deben respetar los compromisos de derechos humanos que han asumidos en acuerdos internacionales y en sus propios órganos legislativos,

y dar un paso más adelante. Los tres elementos de todo sistema legal, es decir, la ley, el cumplimiento y el acceso a la justicia, son interdependientes. Lo más conveniente es tratar de lograrlos de manera simultánea y coordinada; las leyes y prácticas contradictorias han desvirtuado los esfuerzos para combatir el VIH tanto como la ausencia u hostilidad de leyes. Pero cuando los gobiernos son frágiles y los recursos escasean, siempre vale la pena trabajar en uno o dos de estos frentes, creando espacios para encarar los tres a futuro. Y aun cuando se considere que una reforma legislativa es muy compleja o presenta demasiados desafíos, los gobiernos deben proteger los derechos humanos, castigar la violencia policial y respaldar los programas que combaten el estigma y la discriminación hacia las personas con VIH y otras poblaciones clave o vulnerables.

Por último, las instituciones religiosas deben encontrar inspiración en sus más nobles intenciones y en sus ideales de amor, compasión y servicio a los otros, que comparten todas las tradiciones espirituales del mundo. De no ser así, estarán situándose en un camino que sólo puede llamarse el camino del mal: condenando a otros a la enfermedad y a la muerte por el solo hecho de su sexualidad o su identidad, su ocupación o incluso de sus carencias.

El virus de inmunodeficiencia humana, por propia definición es "humano". Para vencerlo, el mundo y sus leyes deben adoptar y promover lo que compartimos todos los seres humanos: la fragilidad y el inmenso poder del derecho humano a la igualdad, la dignidad y la salud.

ANEXO I

PRINCIPIOS RECTORES DE LA COMISIÓN

Las leyes pueden afectar profundamente la vida de las personas. Muchos de los éxitos obtenidos en la mitigación de las causas y consecuencias del VIH se han arraigado allí donde existen legislaciones que protegen los derechos humanos de los marginados y desposeídos. Por ejemplo, en algunos países, las leyes contra la discriminación han ayudado a las personas que viven con VIH a conservar sus empleos, mantener sus hogares y cuidar de sus familias. Las normas que protegen la confidencialidad han contribuido a acrecentar la confianza en los sistemas de salud, alentando a las personas a conocer su condición frente al VIH y a acceder a la prevención y al tratamiento de este virus. Las garantías legales de igualdad en materia de herencia y propiedad para las mujeres y las niñas han ayudado a mitigar la carga social y económica del VIH. En muchos países del mundo, el entorno legal todavía presenta importantes desafíos para dar respuestas efectivas contra el VIH e impide el acceso a tratamientos vitales. Todos los días, personas que viven con VIH, entre ellas trabajadores del sexo, consumidores de drogas, hombres que tienen sexo con hombres y personas transgénero, siguen sufriendo situaciones de estigmatización, discriminación y violencia. Las leyes y las prácticas que discriminan a las mujeres o que no logran proteger su derecho a vivir sin violencia, las hacen particularmente vulnerables al VIH. Si bien se ha acrecentado la retórica sobre respuestas al HIV basadas en los derechos y se han logrado algunos éxitos en la promoción de marcos legales habilitantes en el contexto del VIH, las violaciones a los derechos humanos continúan impunes. A nivel global, las respuestas frente al VIH se encuentran en una coyuntura crítica, en la cual el análisis objetivo e independiente de las relaciones entre los entornos legales y el VIH, que brinde opciones de medidas políticas concretas para los países y las comunidades, podría dar forma a la nueva generación de respuestas ante el SIDA, la salud y el desarrollo. En consecuencia, la Junta Coordinadora del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) encomendó al Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), en nombre de la familia ONUSIDA, la tarea de crear una Comisión Independiente sobre el VIH y el Derecho.

El objetivo de esta Comisión es desarrollar recomendaciones de respuestas viables frente al VIH, que se basen en los derechos humanos y en datos fácticos, y que promuevan y defiendan los derechos humanos de las personas que viven con VIH y de quienes son más vulnerables de contraer el virus. La Comisión indagará en la relación entre los entornos legales, los derechos humanos y el VIH. La Comisión también se concentrará en algunas de las cuestiones legales que presentan mayores desafíos en el contexto del VIH, entre ellas la penalización de la transmisión del virus y de conductas y prácticas, tales como el uso de drogas, el trabajo sexual y las relaciones homosexuales; la condición legal y social de las mujeres, y el acceso a los servicios de prevención y tratamiento del VIH. Esta Comisión contribuirá a asegurar que se investiguen y expongan los temas relacionados con la legislación, los derechos humanos y el VIH de modo tal que se facilite el acceso universal al cuidado, apoyo, prevención y tratamiento del VIH, con el fin de alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Durante un período de 18 meses, la Comisión Global sobre el VIH y el Derecho llevará a cabo las siguientes tareas:

- Analizará la evidencia existente acerca de las relaciones entre los entornos legales y el VIH, entre otros, y realizará una evaluación de las legislaciones vigentes en los países, tanto punitivas como habilitantes, y su efecto en las vidas de las personas portadoras del VIH, poblaciones clave, como trabajadores del sexo, consumidores de drogas, hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y otros grupos vulnerables y afectados por el VIH;

- Evaluará el efecto a mediano y largo plazo de los entornos legales punitivos y habilitantes sobre el VIH, y las respuestas en cuanto a salud y desarrollo a nivel de país, región y el mundo;

- Considerará las perspectivas y experiencias de los gobiernos, de los responsables de la formulación de leyes y políticas, de las autoridades encargadas de la aplicación de la ley, de las comunidades y de la sociedad civil, incluso de las personas más marginadas y afectadas por el VIH; y

- Proporcionará recomendaciones viables que se basen en datos fácticos relacionados con las reformas de las leyes y de las políticas que deben ser adoptadas a nivel de los países, las regiones y el mundo para mitigar el impacto del VIH en los individuos, los hogares y las comunidades.

Se resumirán los hallazgos y las recomendaciones de la Comisión Global sobre el VIH y el Derecho en un informe que se distribuirá ampliamente entre los gobiernos nacionales; la sociedad civil -especialmente entre las personas que viven con VIH y otras poblaciones clave– y las comunidades afectadas por el virus; el sistema de la ONU, fundamentalmente los copatrocinadores y la Secretaría del ONUSIDA, y los donantes bilaterales y multilaterales, con el fin de lograr su efectiva implementación y control.

ANEXO II

BIOGRAFÍAS DE LOS COMISIONADOS

Las biografías completas se encuentran disponibles en línea en www.hivlawcommission.org

1. **Ex-presidente Fernando Henrique Cardoso (Brasil)- Presidente**
   Fernando Henrique Cardoso fue presidente de Brasil desde 1995 hasta 2002. Durante ese período, Brasil llegó a ser uno de los primeros países en desarrollo en ofrecer tratamiento antirretroviral gratuito a sus ciudadanos. Anteriormente, Cardoso había ocupado el cargo de ministro de relaciones exteriores y ministro de finanzas. En Mayo 2012, fue anunciado que Fernando Henrique Cardoso recibiría el premio de John W. Kluge por los logros intelectuales de toda una vida en las humanidades y ciencias sociales.

2. **Su Excelencia Sr. Festus Gontebanye Mogae (Botsuana)**
   FestusGontebayneMogae fue presidente de la República de Botsuana desde 1998 hasta 2008. Durante ese período, Botsuana llegó a ser el primer país africano en desarrollo en ofrecer tratamiento antirretroviral gratuito a sus ciudadanos. FestusGontebayneMogae es presidente de Propulsores de una Generación Libre de VIH (Champions foran HIV-Free Generation) y se le reconoce haber sido uno de los primeros líderes africanos en someterse públicamente al análisis para la detección del VIH.

3. **Sra. Ana Helena Chacon-Echeverria (Costa Rica)**
   Ana Helena Chacon-Echeverria ha sido coordinadora del Grupo Parlamentario de Costa Rica, ministra de seguridad pública y legisladora. Ha sido además vicepresidente del Grupo Parlamentario Interamericano. Desde hace mucho tiempo es defensora de los derechos de las mujeres y de las personas con discapacidad.

4. **Sr. Charles Chauvel (Nueva Zelanda)**
   Charles Chauvel es miembro del Parlamento de Nueva Zelanda. Es fiscal general de la oposición y portavoz del partido laborista en materia de justicia, artes y patrimonio cultural. También cumplió funciones en la Comisión de Salud Pública de Nueva Zelanda y fue miembro de la Fundación para la Lucha contra el SIDA de Nueva Zelanda.

5. **Dra. Shereen El Feki (Egipto –Vicepresidente**
   Shereen El Feki es académica, escritora y comunicadora social; su investigación actual se enfoca en la salud sexual y reproductiva y la vida en la región arábiga. También fue corresponsal en asuntos de salud para la revista TheEconomist.

6. **Sra. BienceGawanas (Namibia)**
   BienceGawanas fue elegida Comisionada para Asuntos Sociales de la Unión Africana. Desde 1991 hasta 1996, BienceGawanas fue miembro a tiempo completo de la Comisión de Servicio Público de Namibia. Fue designada Defensora de los Derechos Humanos (Ombudsman) de Namibia en 1996 y ocupó este cargo hasta 2003.

7. **Hon. Dama CaroleKidu (Papúa Nueva Guinea)**
   CaroleKidu es líder de la oposición en Papúa Nueva Guinea. Es miembro del Parlamento de Papúa Nueva Guinea desde 1997, donde es la única mujer entre los 109 miembros que conforman ese organismo. Además de liderar reformas legislativas radicales, ocupó el cargo de ministra de desarrollo comunitario.

8. **Hon. Michael Kirby (Australia)**
Michael Kirby fue juez de la Corte Suprema de Australia desde 1996 hasta 2009. También ocupó los cargos de presidente de la Comisión para la Reforma Legislativa de Australia, presidente de la Comisión Internacional de Juristas y Representante Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para Derechos Humanos en Camboya.

9. **Hon. Barbara Lee (Estados Unidos)**
Barbara Lee ha sido miembro del Congreso de los Estados Unidos durante más de una década. Es coautora de legislación de referencia que contribuyó a la creación del Plan de Emergencia del Presidente de los Estados Unidos de América para luchar contra el SIDA y ha tenido un papel fundamental en el incremento de los fondos nacionales destinados a los programas sobre el VIH, que incluyen la Iniciativa sobre el SIDA para las Minorías.

10. **Sr. Stephen Lewis (Canadá)**
Stephen Lewis es cofundador de AIDS FreeWorld, una organización internacional de defensa que tiene por objeto promover una respuesta más urgente y eficaz frente al VIH. Fue Enviado Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para VIH/SIDA en África desde 2001 hasta 2006. Lewis también ocupó el cargo de Embajador de Canadá ante las Naciones Unidas.

11. **Profesora Sylvia Tamale (Uganda)**
Sylvia Tamale es una destacada abogada feminista y académica; reside en Uganda. Es defensora de los derechos humanos y de los derechos de las mujeres y las comunidades marginalizadas. Ha ocupado el cargo de Decana de la Facultad de Derecho de la Universidad de Makarere.

12. **Sr. Jon Ungphakorn (Tailandia)**
Jon Ungphakorn fue senador por Bangkok. Su trabajo profesional ha estado dedicado a los derechos humanos y las cuestiones de desarrollo en Tailandia. Al presente es vicepresidente de la Fundación de Defensa de los Derechos de Personas con SIDA (Foundationfor AIDS Rights) de Tailandia y miembro de la Junta de Gobierno de PublicBroadcastingService de ese país.

13. **Profesora Miriam K. Were (Kenia)**
Miriam Were fue presidenta del Consejo Nacional de Control del SIDA de Kenia y de African Medical and ResearchFoundation. Es cofundadora de la Fundación UZIMA que se concentra en el empoderamiento de los jóvenes y la lucha contra el VIH, y miembro de Propulsores para una Generación Libre de VIH (Champions foran HIV-Free Generation).

14. **Sr. JVR PrasadaRao (India)**
–Secretario, miembro de la Comisión
JVR PrasadaRao fue Director del Programa Nacional de Control del SIDA en India desde 1997 hasta 2002. Se desempeñó como secretario permanente del Ministerio de Salud del Gobierno de India y director del Equipo de Apoyo Regional en la oficina de ONUSIDA en Asia Pacífico. JVR PrasadaRao fue secretario de la Comisión sobre SIDA en Asia y de la Comisión sobre SIDA en el Pacífico. En mayo de 2012, fue designado Enviado Especial del Secretario General de la ONU por la lucha contra el SIDA en Asia y el Pacífico.

ANEXO III

BIOGRAFÍAS DEL GRUPO DE ASESORAMIENTO TÉCNICO

Las biografías completas se encuentran disponibles en línea en www.hivlawcommission.org

1. **Hon. Michael Kirby (Codirector)**
   Michael Kirby fue juez de la Corte Suprema de Australia entre 1996 y 2009. También ocupó los cargos de presidente de la Comisión para la Reforma Legislativa de Australia, presidente de la Comisión Internacional de Juristas y Representante Especial del Secretario General de las Naciones Unidas para Derechos Humanos en Camboya.

2. **Allehone Mulugeta Abebe (Codirector)**
   AllehoneMulugetaAbebe es diplomático originario de Etiopía. Posee formación en salud pública, derechos humanos y derecho internacional. Gestionó numerosos instrumentos y resoluciones multilaterales, regionales e internacionales sobre derechos humanos. En la actualidad, se encuentra preparando su tesis doctoral sobre los desplazados internos en África.

3. **Aziza Ahmed**
   Aziza Ahmed es profesora adjunta de derecho en la Universidad Northeastern, Boston, Massachusetts. Su trabajo se centra en temas relacionados con el VIH, género, salud y derechos sexuales y reproductivos y la relación entre la salud pública y el derecho penal.

4. **Jonathan Berger**
   Jonathan Berger se encuentra realizando una pasantía en Sudáfrica. Fue investigador y director de políticas e investigación del proyecto de integración del SIDA en la ley a través de la organización SECTION27. Su maestría en derecho se enfocó en la relación entre el acceso a los tratamientos para el VIH, el derecho mercantil internacional y el derecho constitucional.

5. **Chris Beyrer**
   Chris Beyrer es profesor de epidemiología, salud internacional y salud, conducta y sociedad en la Facultad Bloomberg de Salud Pública de la Universidad Johns Hopkins. Es fundador y director del Centro para la Salud Pública y Derechos Humanos en la Universidad Johns Hopkins.

6. **Scott Burris**
   Scott Burris es profesor de derecho de la Universidad Temple, donde dirige el Centro de Derecho, Políticas y Prácticas de Salud y el Programa de Investigación sobre Derecho de la Salud Pública de la Fundación Robert Wood Johnson. Su trabajo se centra en la influencia del derecho en la salud pública y en las intervenciones que pueden mejorar las leyes y su aplicación.

7. **Joanne Csete**
   Joanne Csete es directora del Programa Mundial de Políticas sobre Drogas (Global DrugPolicyProgram) de las Fundaciones Sociedad Abierta (Open SocietyFundations) (OSF, por sus siglas en inglés). Antes de formar parte de las OSF, se desempeñó en la Facultad Mailman de Salud Pública de la Universidad de Columbia, donde se dedicó a la investigación de los servicios de salud para las poblaciones marginadas y penalizadas, especialmente consumidores de drogas ilíci-

tas, trabajadores del sexo, prisioneros y detenidos y personas que viven con VIH.

8. **Mandeep Dhaliwal**
MandeepDhaliwal es líder del grupo: Derechos Humanos y Gobernabilidad del Grupo de VIH del PNUD. Antes de formar parte del PNUD, se desempeñó como asesora en temas de salud, VIH, derechos humanos y legislación del Programa sobre SIDA del Real Instituto Tropical de los Países Bajos. Fue fundadora y coordinadora de la unidad de VIH/SIDA de la organización Colectivo de Abogados (LawyersCollective) en la India.

9. **Sophie Dilmitis**
SophieDilmitis vive abiertamente con VIH desde hace 16 años. Posee amplia experiencia sobre SIDA y los movimientos de mujeres en África y en el mundo. Entre 2006 y 2011, Sophie trabajó para la Asociación Cristina Femenina como coordinadora de salud sexual y reproductiva y derechos y VIH.

10. **Vivek Divan**
VivekDivan es abogado originario de la India. Como coordinador de la unidad de VIH/SIDA de la organización Colectivo de Abogados (LawyersCollective) en su país, formó parte del equipo que redactó la ley sobre VIH/SIDA en la India. Participó activamente de los trabajos de investigación y movilización de la comunidad que permitieron entablar un litigio de interés público abogando por la derogación de la ley antisodomía en su país.

11. **Richard Elliott**
Richard Elliott es abogado y director ejecutivo de la Red Legal sobre VIH/SIDA (Canadian HIV/AIDS Legal Network) de Canadá. Actualmente es becario en liderazgo comunitario y justicia de la Fundación de Derecho de Ontario en la Facultad de Derecho de la Universidad de Toronto. Entre 2001 y 2007, fue miembro del Consejo Ministerial sobre VIH/SIDA, un ente de expertos que asesora al Ministro Federal de Salud de Canadá.

12. **Sofia Gruskin**
SofiaGruskin dirige el Programa sobre Salud Internacional y Derechos Humanos de la Universidad de Southern California y el Instituto de Salud Internacional de la misma universidad y es profesora de medicina preventiva en la Facultad Keck de Medicina y profesora de derecho y medicina preventiva en la Facultad Gould de Derecho. Se desempeña también como profesora adjunta de salud internacional en el Departamento de Población y Salud Internacional de Harvard.

13. **Wendy Isaack**
Wendy Isaack es abogada y activista por los derechos humanos originaria de Sudáfrica. Su trabajo se centra en los derechos de las mujeres, específicamente en la violencia contra las mujeres, y en los derechos de lesbianas, gays, bisexuales y transgénero. Participa activamente en los trabajos de promoción de los derechos humanos en la Comisión Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos.

14. **Rick Lines**
Rick Lines es director ejecutivo de la Asociación Internacional para la Reducción del Daño (HarmReduction International). Es conocido por su trabajo sobre los derechos de los prisioneros, reducción de daños, pena de muerte para los delitos relacionados con las drogas, políticas sobre drogas y VIH. Tiene una maestría en sociología y derecho internacional de los derechos humanos.

15. **Annie Madden**
AnnieMadden se ha desempeñado en las áreas de consumo de drogas inyectables, VIH, hepatitis C, educación impartida por pares y representación legal de adictos, durante 20 años. Es la directora ejecutiva de la Liga Australiana de Consumidores de Drogas Inyectables e Ilícitas (Australian Injecting & Illicit Drug Users League) y representante de la Red Internacional de Personas que Consumen Drogas (International Network of People Who Use Drugs).

16. **Kevin Moody**
Kevin Moody vive abiertamente con VIH, es director general de la Red Global de Personas que Viven con VIH (Global Network of People Living with HIV) desde 2006. Comenzó su carrera como farmacéutico en farmacias comunitarias y hospitalarias y trabajó en la campaña para el Acceso a Medicamentos Esenciales de Médicos sin Fronteras.

17. **Vitit Muntarbhorn**
VititMuntarbhorn trabaja en la Facultad de Derecho de la Universidad Chulalongkorn desde hace más de 30 años. Fue Relator Especial de las Naciones Unidas sobre la Venta de Niños, Prostitución Infantil y Pornografía Infantil entre 1990 y 1994. Su trabajo se centra principalmente en temas relacionados con los derechos humanos, especialmente los derechos de las minorías sexuales.

18. **Cheryl Overs**
CherylOvers es fundadora de la Red Global de Proyectos sobre Trabajo Sexual (Global Network of Sex WorkProjects). Como investigadora principal en el Centro Michael Kirby para la Salud Pública y los Derechos Humanos de la Universidad de Monash y miembro de la Iniciativa de Investigación Paulo Longo (Paulo Longo ResearchInitiative), su trabajo se enfoca en explicar el efecto de las condiciones económicas y legales en la salud y los derechos humanos de los trabajadores sexuales.

19. **JVR PrasadaRao**
(Secretario, miembro de la Comisión)
JVR PrasadaRao fue Director del Programa Nacional de Control del SIDA en India desde 1997 hasta 2002. Se desempeñó como secretario permanente del Ministerio de Salud del Gobierno de India y director del Equipo de Apoyo Regional en la oficina de ONUSIDA en el Asia Pacífico. JVR PrasadaRao fue secretario de la Comisión sobre SIDA en Asia y de la Comisión sobre SIDA en el Pacífico. En mayo de 2012, fue designado Enviado Especial del Secretario General de la ONU para la Lucha contra el SIDA en Asia y el Pacífico.

20. **Tracey Robinson**
Tracey Robinson es profesor de la Facultad de Derecho, Universidad de Las Antillas (UWI), Cavehill, Barbados. Es autora de diversas publicaciones en el campo del derecho de familia, género y ciudadanía, feminismo legal, trabajo sexual, sexualidad con personas del mismo sexo, acoso sexual y relaciones íntimas domésticas.

21. **PurnaSen**
Purna Sen dirige el Programa de Liderazgo Africano en la Facultad de Economía de Londres. Posee casi treinta años de experiencia en trabajos de promoción de la justicia social. Más recientemente, se desempeñó como directora de derechos humanos de la Secretaría de la Mancomunidad de Naciones y anteriormente fue directora del Programa Asia-Pacífico de Amnistía Internacional. Anteriormente fue docente de Género y De-

sarrollo en el Instituto de Estudios sobre el Desarrollo de la Facultad de Economía de Londres y realizó trabajos sobre igualdad racial en la educación.

22. Susan Timberlake

SusanTimberlake es Asesora Superior sobre Derechos Humanos y derecho en ONUSIDA. Comenzó su carrera en la ONU en el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) donde trabajó durante diecinueve años. En ONUSIDA, su trabajo se enfoca en la promoción de derechos y en los entornos legales habilitantes sobre el VIH.

23. Matthew Weait

Matthew Weait es profesor de derecho y política de la Facultad Birkbeck de la Universidad de Londres. Su trabajo se centra en el efecto que tiene el derecho en las personas que viven con VIH, particularmente en la construcción legal del concepto de responsabilidad y en la relación entre el derecho y los derechos humanos. Es autor de diversas publicaciones en el campo del derecho penal y el VIH.

ANEXO IV

RESUMEN DE RECOMENDACIONES

Para garantizar una respuesta efectiva y sostenible frente al vih, que sea a la vez coherente con las obligaciones de los derechos humanos:

1. DISCRIMINACIÓN

1.1. Los países deben asegurar que sus medidas políticas, estrategias, planes y programas nacionales sobre el VIH incluyan acciones efectivas y específicas que respalden entornos legales propicios, con atención particular al derecho formal, la aplicación de la ley y el acceso a la justicia. Cada uno de los países debe rechazar las leyes punitivas y sancionar leyes protectoras con el propósito de proteger y promover los derechos humanos, mejorar la prestación y el acceso a la prevención y el tratamiento del VIH, así como aumentar la eficacia de estos esfuerzos en función de los costos.

1.2. Los países deben prohibir de manera explícita, si no lo han hecho aún, toda discriminación a causa de la condición de VIH real o percibida y asegurar el cumplimiento de los compromisos sobre derechos humanos y garantías constitucionales existentes. Deben garantizar además que las leyes y reglamentaciones que prohíben la discriminación y aseguran la participación y el suministro de información y servicios sanitarios protejan a las personas que viven con VIH y a otras poblaciones clave y personas en situación de riesgo de contraer VIH.

1.3. Los donantes, los actores de la sociedad civil y del sector privado, así como también la ONU, deben exigir a los gobiernos el cumplimiento de sus compromisos con los derechos humanos. Los grupos externos al gobierno deben desarrollar e implementar medidas políticas y prácticas sobre los derechos relacionados con el VIH y financiar acciones relativas a la reforma de la legislación sobre VIH, la aplicación de las leyes y el acceso a la justicia. Tales esfuerzos deben incluir la educación de las personas sobre sus derechos y sobre la legislación, y combatir el estigma y la discriminación dentro de las familias, las comunidades y los centros de trabajo.

2. CRIMINALIZACIÓN DE LA TRANSMISIÓN, EXPOSICIÓN Y NO REVELACIÓN DEL VIH

2.1. Los países no deben promulgar leyes que explícitamente criminalicen la transmisión del VIH, la exposición al mismo o la no revelación del estatus de VIH. Donde tales leyes existen, son contraproducentes y deben ser revocadas. Las disposiciones de los códigos modelo que se han esgrimido para apoyar la promulgación de estas leyes deben ser retiradas y modificadas ajustándolas a estas recomendaciones.

2.2. Las autoridades policiales y judiciales no deben encausar a las personas en casos de no revelación o exposición al VIH cuando la transmisión intencional o maliciosa no se ha probado. Invocar leyes penales en casos de actividad sexual consensual en el ámbito privado entre adultos es desproporcionado y contraproducente para mejorar la salud pública.

2.3. Los países deben modificar o revocar cualquier ley que explícita o efectivamente penalice la transmisión vertical del VIH. Mientras el proceso de revisión o revocación esté en marcha, los gobiernos deben aplicar una moratoria sobre la aplicación de tales leyes.

2.4. Los países pueden enjuiciar legítimamente a las personas que transmiten el VIH en caso de haber transmisión efectiva e intencional, utilizando la ley penal general, pero tales procesos judiciales deben ser llevados a cabo con cuidado y requieren altos estándares de evidencia y prueba.

2.5. Las condenas a aquellos que han sido exitosamente enjuiciados por exposición al VIH, no revelación o transmisión del mismo deben ser revisadas. Tales condenas deben ser anuladas o los acusados deben ser liberados inmediatamente de prisión mediante amnistías o acciones similares para asegurar que estos cargos no permanezcan en sus antecedentes legales o en registros de delitos sexuales.

3. POBLACIONES CLAVE

3. Para asegurar una respuesta efectiva y sostenible al VIH que sea consistente con las obligaciones de los derechos humanos, los países deben prohibir la violencia policial contra las poblaciones clave. Los países deben también apoyar los programas que reducen el estigma y la discriminación contra las poblaciones clave y proteger sus derechos.

PERSONAS QUE UTILIZAN DROGAS

3.1. Los países deben reformar su abordaje hacia la utilización de drogas. En vez de castigar a las personas que consumen drogas y no dañan a otros, deben ofrecerles acceso a servicios eficaces de salud y del VIH, incluyendo la reducción del daño y el tratamiento voluntario y basado en la evidencia para la drogodependencia. Los países deben:

3.1.1 Cerrar todos los centros de detención forzosa de personas que consumen drogas y remplazarlos por servicios voluntarios, basados en la evidencia, para el tratamiento de la drogodependencia.

3.1.2 Abolir los registros nacionales de personas que utilizan drogas, los análisis forzosos obligatorios del VIH y los tratamientos forzosos para las personas que consumen drogas.

3.1.3 Rechazar condiciones punitivas tales como la prohibición a nivel nacional del gobierno de los Estados Unidos de financiar programas de reemplazo de agujas y jeringas que impiden a las personas que utilizan drogas el acceso a los servicios de VIH.

3.1.4 Despenalizar la tenencia de drogas para uso personalcomo reconocimiento de que el impacto neto de tales sanciones a menudo perjudica a la sociedad.

3.1.5 Tomar acciones decisivas, en asociación con la ONU, para revisar y reformar las leyes y organismos internacionales relevantes de acuerdo con los principios descritos más arriba, incluyendo las convenciones del control internacional de las drogas de la ONU: la Convención Única sobre Estupefacientes (1961); la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas (1971); la Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas (1988) y el Consejo del Control Internacional de Narcóticos.

PERSONAS TRABAJADORAS DE SEXO

3.2. Cambiar su abordaje hacia el trabajo sexual. En vez de castigar a los adultos que participan del trabajo sexual en forma consentida, los países deben asegurar condiciones seguras de trabajo y ofrecer a las personas trabajadoras del sexo y sus clientes acceso eficaz a los servicios de salud y de VIH y a los productos relacionados.:

3.2.1 Derogar las leyes que prohíben a los adultos comprar o vender sexo con consentimiento, así como las leyes que prohíben el comercio del sexo, tales como las leyes contra los ingresos "inmorales", o ganarse la vida mediante ingresos por ejercer la prostitución o administrar burdeles. Se deben tomar medidas legales complementarias para asegurar las condiciones seguras de trabajo para las personas trabajadoras del sexo.

3.2.2 Tomar todas las medidas necesarias para acabar con el acoso y la violencia policiales contra las personas trabajadoras del sexo.

3.2.3 Prohibir los análisis obligatorios de VIH y las ITS para las personas trabajadoras del sexo.

3.2.4 Asegurar que la aplicación de leyes contra la trata de personas sea cuidadosamente dirigida a castigar a aquellos que utilizan la fuerza, la deshonestidad o la coerción para inducir a las personas al sexo comercial, o a quienes abusan de los trabajadores sexuales inmigrantes a través de la servidumbre por medio de deudas, violencia o privación de la libertad. Las leyes contra la trata de personas deben ser utilizadas para prohibir la explotación sexual y no deben ser usadas contra adultos que participan de trabajo sexual consensua.

3.2.5 Aplicar las leyes contra toda forma de abuso sexual infantil y la explotación sexual, diferenciando claramente estos crímenes del trabajo sexual consensual entre adultos.

3.2.6 Asegurar que los delitos civiles y administrativos existentes tales como "vagancia sin propósito", "molestias en la vía pública", e "inmoralidad pública" no sean utilizados para castigar a los trabajadores sexuales y que los poderes de las leyes administrativas tales como "moverse del lugar" no sean utilizados para acosar a los trabajadores sexuales.

3.2.7 Clausurar todos los centros de detención o "rehabilitación" obligatoria para personas que participan del trabajo sexual o para niños que han sido explotados sexualmente. En cambio, proveer a las personas trabajadoras sexuales con servicios que empoderen a la comunidad, basados en la evidencia y el trabajo voluntario. Dotar a los niños explotados sexualmente con la protección de ambientes familiares seguros y empoderantes, escogidos teniendo en cuenta el mejor interés del niño.

3.2.8 Revocar las condiciones punitivas en la asistencia oficial para el desarrollo – tales como el compromiso contra la prostitución del PEPFAR del gobierno de los Estados Unidos y sus actuales normas contra el tráfico de personas– que inhiben a las personas trabajadoras del sexo de tener acceso a servicios de VIH o a su capacidad para formar organizaciones en interés propio.

3.2.9 Tomar acciones decisivas para revisar y reformar las leyes internacionales relevantes acordes con los principios descritos anteriormente, incluyendo el Protocolo de las Naciones Unidas para Prevenir, Reprimir y Sancionar la Trata de Personas, Especialmente de Mujeres y Niños (2000).

HOMBRES QUE TIENEN SEXO CON HOMBRES

3.3. Deben cambiar su abordaje hacia la diversidad sexual. En vez de sancionar a los adultos del mismo sexo que participen en actividad sexual consensual, los países deben ofrecerles acceso a los servicios de salud y los productos básicos efectivos para la prevención y atención del VIH.

3.3.1 Revocar todas las leyes que criminalicen el sexo consensuado entre adultos del mismo sexo y/o las leyes que sancionen la identidad homosexual.

3.3.2 Respetar las leyes civiles y religiosas existentes y las garantías relacionadas con la privacidad.

3.3.3 Eliminar todas las barreras legales, normativas y administrativas para la formación de organizaciones comunitarias de o para los hombres gays, las lesbianas y/o las personas bisexuales.

3.3.4 Enmendar las leyes contra la discriminación prohibiendo expresamente la discriminación por orientación sexual (así como de la identidad de género).

3.3.5 Promover medidas efectivas para prevenir la violencia contra los hombres que tienen sexo con hombres.

PERSONAS TRANSGÉNERO

3.4. Reformar su abordaje hacia las personas transgénero. En vez de castigar a las personas transgénero, los países deben ofrecerles acceso a los servicios de salud de VIH y productos básicos relacionados así como revocar todas las leyes que penalicen la identidad transgénero o sus comportamientos asociados.

3.4.1 Respetar las leyes civiles y religiosas existentes y las garantías al derecho a la privacidad.

3.4.2 Revocar todas las leyes que penalicen el travestismo.

3.4.3 Eliminar las barreras legales, normativas o administrativas para la formación de organizaciones comunitarias por o para las personas transgénero.

3.4.4 Enmendar las leyes nacionales contra la discriminación para prohibir explícitamente la discriminación por identidad de género (así como por orientación sexual).

3.4.5 Asegurar que las personas transgénero puedan obtener el reconocimiento de su género declarado en los documentos de identidad, sin necesidad de procedimientos médicos previos tales como la esterilización, la cirugía de reasignación de sexo o la terapia hormonal.

PRIVADOS DE LIBERTAD

3.5.1 Se preste la necesaria atención a la salud, incluyendo los servicios de prevención y atención del VIH, e independientemente de si las leyes penalizan o no los actos sexuales entre personas del mismo sexo o prevén la reducción del daño. Dicha atención incluye la distribución de preservativos, prestación de servicios integrales de reducción del daño, tratamiento voluntario y basado en la evidencia para la drogodependencia y TAR.

3.5.2 Cualquier tratamiento que se proporcionen debe cumplir con las normas internacionales de calidad y atención en contextos de detención. Las prestaciones de salud, inclusive los que se relacionan específicamente relacionados al uso de drogas y el VIH, deben ser voluntarias, basadas en la evidencia, y ofrecidas sólo cuando estén clínicamente indicadas.

MIGRANTES

3.6.1 En asuntos relacionados con el VIH y la ley, ofrecer los mismos estándares de protección que a sus propios ciudadanos a los migrantes, visitantes y residentes que no son ciudadanos.

3.6.2 Eliminar todas las restricciones de desplazamiento y otras que prohíben a las personas que viven con VIH entrar a un país y/o las normas que obligan a los extranjeros que están en un país dado a realizarse un análisis de VIH.

3.6.3 Implementar reformas normativas para permitir la inscripción legal de los migrantes en los servicios de salud y asegurar que tengan acceso a servicios de prevención, tratamiento y atención del VIH y productos básicos relacionados de la misma calidad que se encuentran disponibles para los ciudadanos del país. Todos los análisis de VIH e ITS para migrantes deben ser voluntarios e informados, y todo tratamiento y profilaxis para migrantes deben ser éticos y ser clínicamente indicados.

4. LAS MUJERES

4.1. Los países deben actuar para poner fin a todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, incluso en situaciones de conflicto y entornos posconflicto. Los países deben:

4.1.1 Promulgar y poner en práctica leyes específicas que prohíban la violencia doméstica, la violación y otras formas de agresión sexual, entre ellas la violación en el matrimonio y las violaciones relacionadas con los conflictos, ya sean perpetradas contra mujeres, hombres o personas transgénero.

4.1.2 Adoptar medidas judiciales o legislativas orientadas a la eliminación de toda inmunidad -o interpretación de inmunidad- frente a una acción judicial por violación cuando el autor es la pareja, estén casados o no.

4.1.3 Aplicar plenamente las leyes actuales destinadas a proteger a las mujeres y las niñas contra la violencia y procesar a los autores de actos de violencia contra las mujeres y las niñas con el máximo rigor de la ley.

4.1.4 Elaborar y poner en marcha estrategias nacionales integrales y dotarlas de todos los recursos necesarios, concentrándose en la eliminación de la violencia contra las mujeres y las niñas, que incluyan mecanismos sólidos para prevenir, investigar y castigar los actos de violencia. Debe garantizarse la prestación de servicios para la salud, entre ellos, profilaxis posterior a la exposición, servicios legales y protección social para los sobrevivientes de la violencia.

4.2. Los países deben prohibir las prácticas de aborto y esterilización forzados de mujeres y niñas con VIH positivo, y los gobiernos adoptar medidas para detenerlas, así como también toda otra forma de violencia contra las mujeres y las niñas en instituciones sanitarias.

4.3. Los países deben eliminar las barreras legales que impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva. Deben garantizar:

4.3.1 Que los profesionales de la salud proporcionen a las mujeres información completa sobre las opciones sexuales y reproductivas y asegurar que puedan dar su consentimiento informado en todos los asuntos relacionados con su salud. La legislación debe garantizar el acceso a la anticoncepción segura y apoyar a las mujeres para que puedan decidir libremente si desean o no tener hijos y el momento de tenerlos, incluso su número, espaciamiento y los métodos de parto de sus hijos.

4.3.2 Que los profesionales de la salud estén capacitados sobre el consentimiento informado, la confidencialidad y la no discriminación.

4.3.3 Que las instituciones de salud dispongan de mecanismos accesibles de reclamaciones e indemnización.

4.4. Los países deben reformar la legislación sobre la propiedad y la herencia, de modo que las mujeres y los hombres tengan idéntico acceso a los bienes y otros recursos económicos, entre ellos el crédito. Deben adoptar medidas que garanticen que en la práctica se divida la propiedad sin discriminación de género en caso de separación, divorcio o fallecimiento y establecer la presunción de copropiedad conyugal de los bienes familiares. Donde las prácticas relativas a la propiedad y la herencia reflejen la influencia o determinación de los sistemas legales consuetudinarios o religiosos, las autoridades correspondientes deben aplicar reformas para la protección de las mujeres, incluso de las viudas y los huérfanos.

4.5. Los países deben asegurar que las medidas de protección social reconozcan y respondan a las necesidades de las mujeres VIH-positivas y de las mujeres cuyos maridos hayan fallecido de SIDA, así como también que las normas laborales y los servicios de protección social y salud respondan a las necesidades de las mujeres a cargo de los cuidados en grupos familiares afectados por el VIH.

4.6. Los países deben garantizar la sanción y ejecución de leyes que prohíban el matrimonio precoz.

4.7. Los responsables de la aplicación del derecho consuetudinario y religioso deben prohibir las prácticas que aumenten el riesgo de VIH, tales como el levirato, la "purificación de las viudas" y la mutilación genital femenina.

5. NIÑOS Y JÓVENES

5.1. Las naciones deben promulgar y aplicar leyes que:

5.1.1 Aseguren que se registren absolutamente todos los nacimientos. Esto resulta crucial para apoyar el acceso de los niños a servicios esenciales; aseguren que se promuevan y protejan sus derechos, de acuerdo con la Convención sobre los Derechos del Niño.

5.1.2 Aseguren que todo niño huérfano tenga designado un tutor adulto adecuado. Esto incluye disposiciones acerca de la transferencia de la custodia de los huérfanos del SIDA, de sus padres fallecidos a adultos o a hermanos mayores que puedan asegurar su bienestar. Al seleccionar un tutor, deberá darse preferencia a los adultos pertenecientes a las familias biológicas o familias extendidas de los huérfanos. Los adultos VIH-positivos que, a excepción de esta enfermedad, se encuentran en buen estado de salud no deberán estar impedidos de adoptar niños.

5.1.3 Apoyen los hogares temporales de la comunidad para niños huérfanos del SIDA, como alternativa a la institucionalización, cuando la adopción formal no fuera posible o apropiada.

5.1.4 Aseguren protecciones sociales sensibles al VIH según se requieran, como por ejemplo las transferencias directas de dinero para los niños afectados y sus tutores.

5.1.5 Prohíban la discriminación contra niños que viven o están afectados por el VIH, especialmente en el contexto de la adopción, la salud y la educación; adopten medidas estrictas para asegurar que las escuelas no expulsen ni prohíban la asistencia de niños VIHpositivos ni a niños provenientes de familias afectadas por el SIDA.

5.2. Las naciones deben promulgar y aplicar leyes que aseguren que los niños huérfanos del SIDA hereden los bienes de sus padres. Los huérfanos deberán heredar independientemente de su sexo, su estado o el de los miembros de su familia frente al VIH. El cumplimiento de las leyes incluye:

5.2.1 La colaboración con los encargados de hacer cumplir las leyes religiosas y consuetudinarias con el fin de asegurar que se haga justicia a los niños huérfanos del SIDA.

5.2.2 La conciliación de conflictos entre las leyes consuetudinarias y las prácticas tradicionales discriminatorias, y las normas internacionales sobre derechos humanos, con el fin de asegurar el cumplimiento del derecho internacional.

5.3. Los países deben promulgar y poner en práctica leyes que aseguren el derecho de todos y cada uno de los niños, dentro y fuera de la escuela, a una educación sobre salud sexual amplia, de modo tal que puedan protegerse a sí mismos y a otros de la infección del VIH y puedan vivir positivamente con el VIH.

5.4. Los jóvenes sexualmente activos deben contar con acceso confidencial e independiente a los servicios de salud, a fin de protegerse del VIH. En consecuencia, los países deben reformar sus legislaciones de manera de asegurar que la edad de consentimiento para el acceso autónomo a los servicios de salud reproductiva, consentimiento sexual y acceso al tratamiento del VIH sea igual o menor que la edad de consentimiento para las relaciones sexuales. Los jóvenes que consumen drogas también deben contar con acceso legal y seguro a los servicios de salud y de tratamiento del VIH.

6. LA LEY DE PROPIEDAD INTELECTUAL Y LA LUCHA GLOBAL POR LOS TRATAMIENTOS

6.1. La Secretaría General de las Naciones Unidas debe convocar un organismo neutral de alto nivel para analizar y evaluar propuestas y recomendar un nuevo régimen de propiedad intelectual para productos farmacéuticos. Dicho régimen debe ser consistente con las leyes internacionales de derechos humanos y los requerimientos de la salud pública y proteger los derechos justificados de los inventores. Este organismo debe incluir representantes del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, OMS, OMC, PNUD, ONUSIDA y OMPI, así como al Relator Especial sobre el Derecho a la Salud, agencias técnicas y expertos clave, y representantes del sector privado y la sociedad civil, y personas que viven con VIH. Esta re-evaluación, basada en los derechos humanos, debe tomar en cuenta y ampliar los esfuerzos ya en curso en la OMS, como su Estrategia Mundial y Plan de Acción sobre Salud Pública, Innovación, y Propiedad Intelectual y el trabajo de su Grupo Consultivo de Expertos. Hasta que se termine esta revisión, los Estados Miembros de la OMC debe suspender los ADPIC que se relacionan con productos farmacéuticos esenciales para los países de ingresos bajos y medios.

6.2. Los países de altos ingresos, incluyendo los donantes como los Estados Unidos, la Unión Europea, los países de la Asociación Europea de Libre Comercio (Islandia, Liechtenstein, Noruega y Suiza) y Japón deben dejar inmediatamente de ejercer presión sobre los países de ingresos bajos y medios para que adopten o implementen medidas de los ADPIC-plus en los tratados de comercio cuando impiden el acceso a tratamientos que salvan vidas.

6.2.1 Todos los países deben adoptar y respetar inmediatamente una moratoria global sobre la inclusión de cualquier cláusula de propiedad intelectual en cualquier tratado internacional que limite la capacidad de los países de mantener las opciones de políticas para reducir el costo de los tratamientos relacionados con el VIH. Los acuerdos tales como el Acuerdo de Antifalsificación (ACTA) deben ser reformulados; si no se reformula el ACTA de manera que excluya tales cláusulas de propiedad intelectual, los países no deben firmarlo. Todos los países deben cesar unilateralmente las prácticas que sirven a este objetivo de limitar la accesibilidad.

6.2.2 Los países de altos ingresos deben dejar de buscar imponer las obligaciones de propiedad intelectual más estrictas de los ADPIC-plus a los gobiernos de los países en desarrollo. Los países de altos ingresos deben también desistir de tomar represalias contra los países que se resisten a adoptar tales medidas de ADPIC-plus para lograr un mejor acceso al tratamiento.

6.3. Aunque la Comisión recomienda que los Estados Miembros de la OMC debe suspender urgentemente los ADPIC que se relacionan con productos farmacéuticos esenciales para los países de ingresos bajos y medios, reconocemos que este cambio no sucederá de la noche a la mañana. Entre tanto, aun cuando a algunos países les puede resultar difícil enfrentar la presión política, éstos deberían, hasta donde sea posible, incorporar y utilizar las flexibilidades de los ADPIC, de acuerdo con las garantías que ofrecen sus propias leyes nacionales.

6.3.1 Los países de ingresos bajos y medios no deben estar sujetos a presión política y legal que apunte a evitar que usen las flexibilidades de los ADPIC, para asegurar así que los infantes, niños y adolescentes que viven con VIH tengan igual acceso que los adultos al diagnóstico y tratamiento del VIH acorde con su edad.

6.3.2 Es fundamental que tanto los países con importante capacidad manufacturera como aquellos que dependen de la importación de productos farmacéuticos retengan el espacio político para usar las flexibilidades de los ADPIC tan amplia y sencillamente como puedan. Los países de ingresos bajos y medios deben facilitar la colaboración y el intercambio de conocimientos técnicos con el objetivo de aprovechar al máximo las excepciones de los ADPIC (por ejemplo, emitiendo licencias obligatorias para los ARV y medicamentos para las coinfecciones como la hepatitis C). Tanto los países importadores como los exportadores deben adoptar medidas domésticas simples y fáciles de implementar para facilitar el uso de las flexibilidades de los ADPIC.

6.3.3 Los países en desarrollo deben desistir de adoptar cláusulas de los ADPIC-plus incluyendo legislación antifalsificación que equipare erróneamente el problema de la falsificación de medicamentos o medicamentos deficientes y que por lo tanto impida el acceso al tratamiento asequible relacionado con el VIH.

6.3.4 Los países deben usar de manera proactiva otras áreas del derecho y políticas como las leyes de competencia, políticas de control de precios y legislación de adquisiciones, que pueden ayudar a mejorar el acceso a los productos farmacéuticos.

6.4. Los Estados Miembros de la OMC debe exonerar por tiempo indefinido a los PMD de la aplicación de las cláusulas de los ADPIC con respecto a los productos farmacéuticos. Las Naciones Unidas y sus estados miembros deben movilizar los recursos suficientes para ayudar a los PMD a mantener esta libertad de políticas.

6.5. La Decisión del Consejo General de la OMC del 30 de agosto de 2003 no resultó ser una solución viable para los países con insuficiente capacidad de fabricación farmacéutica. Es imprescindible que el sistema creado por esa decisión se revise o se complemente con un nuevo mecanismo para facilitar la importación de productos farmacéuticos fabricados bajo licencias obligatorias. Los Estados Miembros de la OMC deberían desistir de ratificar la adopción de la Decisión del 30 de agosto de 2003 como un nuevo Artículo 31 bis del Acuerdo sobre los ADPIC, y deben continuar con los esfuerzos de reformar o remplazar el sistema.

6.6. Los ADPIC no han logrado estimular o premiar el tipo de innovación que incremente la disponibilidad de productos farmacéuticos eficaces para los pobres, incluso para las enfermedades desatendidas. Por lo tanto, los países deben desarrollar, acordar e invertir en nuevos sistemas que realmente cumplan este objetivo, priorizando los métodos más prometedores incluyendo un nuevo tratado de I+D farmacéuticos y la promoción de descubrimientos de acceso libre.

NOTAS AL FINAL

1 ONUSIDA, (2011), *World AIDS Day Report 2011, How to Get to Zero: Faster, Smarter, Better*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_en.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012].

2 ONUSIDA, OMS, UNICEF, (2011), *Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access—Progress Report 2011*. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

3 ONUSIDA, (2011), *World AIDS Day Report 2011, How to Get to Zero: Faster, Smarter, Better*.

4 Michel Sidibé, Director Ejecutivo de ONUSIDA, anunció que el PNUD convocaría a una comisión de alto nivel sobre VIH y la ley durante la 25° Reunión de la Junta de Coordinación del Programa celebrada en diciembre de 2009. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/speechexd/2009/20091208_pcb_exd_speech_en-1.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

5 Podrá encontrar toda la información sobre la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley en el sitio web de la Comisión www.hivlawcommission.org.

6 El Grupo asesor técnico de la Comisión está conformado por 23 expertos líderes en VIH, salud pública, género, derechos humanos y legislación, e incluye a miembros de las comunidades afectadas por el VIH. Podrá obtener más información sobre el Grupo asesor técnico en: www.hivlawcommission.org.

7 Durante 2011, se convocaron diálogos en Asia-Pacífico, el Caribe, Europa del Este y Asia Central, América latina, Medio Oriente y Norte de África, África y para países de ingresos altos.

8 Los documentos presentados se analizaron con NVIVO (programa de investigación para el análisis de datos cualitativos), con el fin de identificar y comprender los patrones y tendencias claves dentro de esos datos.

9 Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, *Observación general N° 20: No discriminación en los derechos económicos, sociales culturales* (art. 2, párrafo 2, del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/GC/20, 2 de julio de 2009, párrafo 2.

10 Oficina del Alto Comisionado para los Derechos Humanos, *Instrumentos Universales de los Derechos Humanos*. Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/law/ [Consultado el 28 de marzo de 2012]

11 Consulte la *Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos*, 1981; la *Convención Americana sobre Derechos Humanos*, 1969 y sus *Protocolos* de 1988 y 1990; el *Convenio Europeo de los Derechos Humanos*, 1950 y sus Protocolos; consulte también el documento OACDH, (2003), *Los Derechos Humanos en la Administración de Justicia: Un Manual sobre Derechos Humanos para Jueces, Fiscales y Abogados*, Naciones Unidas, capítulo 3.

12 *Declaración de compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA*, Asamblea General de las Naciones Unidas, Res/S-26/2, 27 junio 2001, párrafos 37 y 58; *Declaración Política sobre el VIH/SIDA*, Asamblea General de las Naciones Unidas, A/RES/60/262, 15 junio 2006; y *Declaración Política sobre el VIH/SIDA*: *Intensificación de nuestro esfuerzo para eliminar el VIH/SIDA*, A/65/l.77 8 julio 2011.

13 Rolando Luis Cuscul Privaral y Otros afectados por VIH/SIDA c. Guatemala, solicitud 642-03, 7 marzo 2005, informe no. 32/05 y Jorge Odir Miranda Cortez y Otros c. El Salvador, caso 12.249, 20 marzo 2009, informe no. 27/09.

14 Consejo de Europa, Asamblea Parlamentaria, VIH/SIDA en Europa, resolución 1536, 2007, párrafo 9.2.

15 ONUSIDA, (2010), *Making the Law Work for the HIV Response: A snapshot of selected laws that support or block universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20100728_HR_Poster_en.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012]. Sin embargo, el 46 por ciento de los países que tienen leyes, disposiciones o políticas que impiden el acceso a los servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo para las poblaciones clave con mayor riesgo de infección de VIH: Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report of the Secretary-General—United to end AIDS: achieving the*

targets of the 2011 Political Declaration, A/66/757. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado el 1 de mayo de 2012].

16 *Ibid.*

17 *Philippine AIDS Control and Prevention Act of 1998*, Artículos 2(B)(3), y 35–41.

18 *Employment Act*, Bahamas, 2001, Artículo 6; Gable, L. et al., (2007), *Legal Aspects of HIV/AIDS: A Guide for Policy and Law Reform*, The World Bank, Washington, D.C., p. 47.

19 *Anti-Discrimination Act*, Nueva Gales del Sur, Australia, 1977, Artículo 49ZXB & C. Gable L. et al. (2007), *Legal Aspects of HIV/AIDS: A Guide for Policy and Law Reform*, The World Bank, Washington, D.C., p. 47.

20 *Hoffmann contra South African Airways* 2000 (2) SA 628; 2001 (10) BHRC 571; (2000) 3 CHRLD 146. Disponible en: http://www.equalrightstrust.org/ertdocumentbank/Hoffmann%20v%20South%20African%20Airways.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012].

21 El derecho a la igualdad y a la libertad sin distinción está amparado por la declaración universal de los derechos humanos (1948), artículo 2: "Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición. Además, no se hará distinción alguna fundada en la condición política, jurídica o internacional del país o territorio de cuya jurisdicción dependa una persona, tanto si se trata de un país independiente, como de un territorio bajo administración fiduciaria, no autónomo o sometido a cualquier otra limitación de soberanía"; y por el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966), por ej. Artículo 2(1) y 26. Sobre la no discriminación, consulte el Comentario General N° 18 del Comité de Derechos Humanos en el documento de las Naciones Unidas. HRI/GEN/1/Rev.5, *Compilation of General Comments and General Recommendations adopted by Human Rights Treaty Bodies*, p. 136, párrafo 12.

22 La protección de los derechos humanos en el contexto del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, Resolución 1995/44, 3 marzo 1995, párrafo 1. Consulte también las resoluciones de la Comisión de Derechos Humanos 1996/43, 19 abril 1996; 1999/49, 27 abril 1999; 2001/51, 24 abril 2001; 2003/47, 23 abril 2003; 2005/84, 21 abril 2005.

23 El artículo 1 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad declara: "Las personas con discapacidad incluyen a aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras, puedan impedir su participación plena efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás". El artículo 2 define la discriminación como: "cualquier distinción, exclusión o restricción por motivos de discapacidad que tenga el propósito o el efecto de obstaculizar o dejar sin efecto el reconocimiento, goce o ejercicio, en igualdad de condiciones, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales en los ámbitos político, económico, social, cultural, civil o de otro tipo." Consulte Elliott, R., Utyasheva, L., y Zack, E. (2009), *HIV, disability and discrimination: making the links in international and domestic human rights law*, Journal of the International AIDS Society 12.

24 *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) v. Montréal (City)* y *Québec (Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse) v. Boisbriand (City)*, 2000 SCC 27 [2000] 1 SCR 665 (Supreme Court of Canada, 2000), en párrafo 48.

25 *Bragdon c. Abbott*, 524 U.S. 624 (Suprema Corte de EUA, 1998).

26 Presentaciones de Kelemi, RIP+, Mamadou, Ogenyi, Niang, Noubissi, Obbes, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011; Presentaciones de Tamata, Thi Le Tram, Shan, Gunawan, Dela Cruz, Vijayabandara, Thanh, Suzuki, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Presentaciones de ABWU, ABPSA, TUCA, para el diálogo regional en el Caribe, 12–13 abril 2011; Presentaciones de Bordunis, Mardari, Lintsova, para el diálogo regional en Europa del Este y Asia Central (EECA), 18–19 mayo 2011; Presentaciones de Quiroqa, Vera, Berredo y Muñoz, Arrecis, Acevedo, Rondón, Velásquez, Vasquez, Estepan, Filho, para el diálogo regional en América Latina, 26–27 junio 2011. Consulte también, ONUSIDA, *Non-Discrimination in HIV responses*,

26° Reunión de la Junta de Coordinación de ONUSIDA, 22–24 junio 2010, Ginebra, Suiza.

27 Consulte, por ejemplo, presentaciones de Wicomb, Kelemi, Ogenyi, para el diálogo regional en África 3–4 agosto 2011; Presentaciones de Tamata, Thi Le Tram, Shan, Gunawan, Lim, Suzuki, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Presentaciones de Chrichlow, Agostous, Antoine, Eustache, para el diálogo regional en el Caribe, 12–13 abril 2011; Presentaciones de Mladenovic, Untura, para el diálogo regional en Europa del Este y Asia Central (EECA), 18–19 mayo 2011; Presentaciones de Vera, Arrecis, Rondón, Almeida, Nunes y Cerqueira, Fernanda, Vasquez, para el diálogo regional en América Latina, 26–27 junio 2011. Consulte también, ONUSIDA, *Non-Discrimination in HIV responses*, 26° Reunión de la Junta de Coordinación de ONUSIDA, 22–24 junio 2010, Ginebra, Suiza.

28 Consulte por ejemplo, la situación en Burundi en la presentación de Niyongabo, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011; y presentaciones de National Association of PLHA, Rajhavandra, Jeyaseelan, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Presentaciones de One Love, para el diálogo regional en el Caribe, 12–13 abril 2011. Consulte también Visser M., Makin JD., Lehobye K., (2006), *Stigmatizing attitudes of the community towards people living with HIV/AIDS*, Journal of Community and Applied Social Psychology, 16: 42–58.

29 ONUSIDA, (2011), *Middle East and North Africa, Regional Report on AIDS,* ONUSIDA. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2257_UNAIDS-MENA-report-2011_en.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

30 The Report of the Eminent Persons Group to Commonwealth Heads of Government, (2011), *A Commonwealth of the People: Time for Urgent Reform*, Perth, Australia.

31 Presentaciones de SIDA Information Service, Francia, para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 septiembre 2011; Ministerio de Finanzas de Francia, *Nouvelle convention AERAS 2011: S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé*. Disponible en: http://www2.economie.gouv.fr/presse/dossiers_de_presse/110201aeras.pdf. [Consultado el 8 de marzo de 2012].

32 *Ibid*.

33 Presentación de especialista de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), Burkina Faso, octubre 2011.

34 Kazatchkine, C. et al., (2010), *Criminalising HIV transmission or exposure: the context of French-speaking West and Central Africa*, HIV/AIDS Policy and Law Review, 14(3).

35 Burris, S. y Weait, M., (2011), *Criminalisation and the Moral Responsibility for Sexual Transmission of HIV*, Documento redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011. Consulte también Burris, S. y Cameron, E., (2008), *The Case Against Criminalization of HIV Transmission*, Journal of the American Medical Association, 300(5): 578–581; PNUD, ONUSIDA, (2007), *International Consultation on the Criminalization of HIV Transmission, Summary of main issues and conclusions*, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 31 octubre–2 noviembre 2007, Ginebra, Suiza.

36 Lazzarini, Z. et al., (2002), *Evaluating the Impact of Criminal Laws on HIV Risk Behavior*, Journal of Law, Medicine and Ethics, citado en GNP+ (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting trends presenting evidence*, Amsterdam, Países Bajos. Consulte también la presentación de Centre for HIV Law and Policy, Estados Unidos; National Children's Bureau, Gran Bretaña; Swedish Association for sexuality Education, LGBT and HIV, Suecia, para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 septiembre 2011.

37 Consulte los artículos recientes sobre el estudio del HPTN 052 que demuestra una reducción del 96 % en el riesgo de transmisión del VIH mediante terapia antirretrovírica (ART): Scott M., Hammer MD., (2011) *Antiretroviral Treatment as Prevention*, The New England Journal of Medicine, 11 agosto 2011, 365: 561–562; Myron, S. et al., (2011), *Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy*, The New England Journal of Medicine, 11 agosto 2011, 365: 493–505. La legislación punitiva de Dinamarca fue derogada en 2011, en parte debido a la evidencia científica al respecto. Consulte en general http://criminalhivtransmission.blogspot.com/2011/02/denmark-justice-minister-suspends-hiv.html [Consultado el 8 de marzo de 2012].

38 Consulte, por ejemplo, la presentación de Edwin Bernard, Alemania, para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 septiembre 2011; Open Society Foundations, (2008), *Ten Reasons to Oppose the Criminalization of HIV Exposure or Transmission*, Nueva York, Estados Unidos; ONUSIDA, (2002), *Criminal Law, Public Health and HIV Transmission: A Policy Options Paper*; Burris, S. et al., (2007), *Do Criminal Laws Influence HIV Risk Behaviour? An Empirical Trial, Arizona State Law Journal*, 39: 467, disponible en: http://ssrn.com/abstract=977274 [Consultado el 8 de marzo de 2012].

39 Cameron, E., (2009), *Criminalization of HIV transmission: Poor Public Health Policy*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, (14)2; Burris, S., et al., (2007), *Do Criminal Laws Influence HIV Risk Behavior? An Empirical Trial*, Arizona State Law Journal; Open Society Institute, (2008), *Ten reasons to oppose the criminalization of HIV exposure or transmission*.

40 Burris, S. y Weait, M., (2011), *Criminalisation and the Moral Responsibility for Sexual Transmission of HIV*, Documento redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; Weait, M., (2007), *Intimacy and Responsibility: The Criminalization of HIV Transmission*, Abingdon, Routledge-Cavendish.

41 Otros ejemplos: ataque sexual (Canadá), lesiones culposas con peligro de vida (Reino Unido), disturbio criminal (Nueva Zelanda). Consulte Bernard, E., (2010), *HIV & the criminal law,* NAM Aidsmap, Londres. Disponible en: http://www.aidsmap.com/law [Consultado el 7 de marzo de 2012]; The Center for HIV Law and Policy, *Prosecutions and arrest for HIV Exposure in the United States, 2008–2012*, Positive Justice Project. Disponible en: www.hivlawandpolicy.org/reFuentes/download/456 [Consultado el 8 de marzo de 2012].

42 Bernard, E., (2010), *HIV & the Criminal Law,* NAM Aidsmap, Londres.

43 Cameron, E., (2009), *Criminalization of HIV transmission: Poor Public Health Policy*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, (14)2; GNP+ (2010), The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence. Disponible en: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado el 7 de marzo de 2012].

44 Osborne, K., (2010), *What's the impact of criminalizing HIV transmission*, IPPF, 26 noviembre 2010. Disponible en: http://www.ippf.org/en/News/Press-releases/Whats+-the+impact+of+criminalizing+HIV+transmission.htm [Consultado el 6 de marzo de 2012]; ONUSIDA, (2011), *Working Paper: Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission. Background and Current Landscape*.

45 REPEAL HIV Discrimination Act, (2011), H.R. 3053, 112th Cong., 1st Sess. § 3. Available at: http://www.hivlawandpolicy.org/resources/view/650. [Consultado el 4 de julio de 2012]; The Kaiser Family, (2010), Criminal Statute on HIV Transmission. Disponible en: http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=569&cat=11 [Consultado el 7 de marzo de 2012]; GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponible en: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado el 7 de marzo de 2012]; The Center for HIV Law and Policy, (2010), *Ending and Defending Against HIV Criminalization: State and Federal Laws and Prosecutions*. Disponible en: http://www.hivlawandpolicy.org/reFuentes/download/564 [Consultado el 8 de marzo de 2012].

46 ONUSIDA, (2011), *Working Paper: Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission.Background and Current Landscape*; GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponible en: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado el 7 de marzo de 2012]; ONUSIDA, (2010), *Making the Law Work for the HIV Response: A snapshot of selected laws that support or block universal access to HIV prevention, treatment, care and support*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/priorities/20100728_HR_Poster_en.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012]; Bernard, E., (2010), *HIV & the Criminal Law,* NAM Aidsmap, Londres.

47 GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponible en: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado el 7 de marzo de 2012].

48 The Center for HIV Law and Policy, *Prosecutions and arrest for HIV Exposure in the United States, 2008–2012*, Positive Justice Project. Disponible en: www.hivlawandpolicy.org/reFuentes/download/456 [Consultado el 8 de marzo 2012]; The Center for HIV Law and Policy, (2010), *Ending and Defending Against HIV Criminalization: State and Federal Laws and Prosecutions*. Disponible en: http://www.hivlawandpolicy.org/reFuentes/download/564 [Consultado el 8 de marzo 2012]; GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponible en: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado el 8 de marzo 2012].

49 Kazatchkine, C. et al., (2010), *Criminalising HIV transmission or exposure: the context of French-speaking West and Central Africa*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, 14(3); Pearshouse, R., (2007), *Legislation Contagion: The Spread of Problematic new HIV Laws in Western Africa*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, (12)2/3, diciembre 2007. Consulte también ONUSIDA, (2011), *Working Paper: Criminalisation of HIV Non-Disclosure, Exposure and Transmission. Background and Current Landscape*.

50 La disposición correspondiente en la ley modelo penaliza la transmisión intencional del VIH, que ha sido definida como "la transmisión del virus VIH a otra persona a través de cualquier medio por parte de una persona con pleno conocimiento de su condición frente al VIH/SIDA". Las disposiciones de la ley modelo también imponen obligaciones específicas a las personas que viven con VIH, entre otros, la obligación de divulgar su condición de salud a sus parejas sexuales, dentro de las seis semanas. Consulte también AWARE-HIV/AIDS (2004), *Regional Workshop to Adopt a Model Law for STI/HIV/AIDS for West and Central Africa – General Report*, septiembre 2004, artículos 1, 26 y 36; Pearshouse R., *Legislation contagion: building resistance*, *HIV/AIDS Policy & Law Review*, 13(2/3): 1–10. En 2008, ONUSIDA publicó un documento que propone enmiendas en algunas disposiciones problemáticas de la ley modelo N'Djamena, e implícitamente, en las leyes nacionales sobre VIH promulgadas en África Subsahariana. Consulte ONUSIDA, (2008), *Recommendations for alternative language to some problematic articles in the N'Djamena model legislation on HIV (2004)*. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20080912_alternativelanguage_ndajema_legislation_en.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

51 Cohen, M. et al., (2011) *Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy*, New England Journal of Medicine, 365: 493-505; The Lancet, (2011), *HIV Treatment as Prevention—It Works*, The Lancet, 377: 1719.

52 Bermuda Criminal Code (Sexual Offences) Amendment Act, 1993.

53 Weait, M. 2011.'*The Criminalisation of HIV Exposure and Transmission: A Global Review*'. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico, Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio, 2011; ; Consulte también Edwin B., (2009), *Bermuda: Man arrested for HIV exposure; fifth prosecution amongst HIV population of 200*, Criminal HIV Transmission – Blog, 11 noviembre 2009. Disponible en: http://criminalhivtransmission.blogspot.com/search/label/Bermuda, [Consultado el 30 de marzo]; Cameron, E., Burris, S., y Clayton, M., (2008), *Debate: HIV is a virus, not a crime: ten reasons against criminal statutes and criminal prosecutions,* Journal of the International AIDS Society. Disponible en: http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1758-2652-11-7.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012].

54 Weait, M., (2011) *The Criminalisation of HIV Exposure and Transmission: A Global Review,* Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio, 2011; Kaiser Daily HIV/AIDS Report, *Singapore's Parliament Approves Measure That Addresses Spread of HIV Through Unsafe Sex,* 24 abril 2008. Consulte también la presentación de Arthur Lim, Singapur, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

55 The Center for HIV Law and Policy, *Prosecutions and arrest for HIV Exposure in the United States, 2008–2012*, Positive Justice Project. Disponible en: www.hivlawandpolicy.org/reFuentes/download/456 [Consultado el 8 de marzo de 2012]. Consulte también http://www.nytimes.com/2008/05/16/us/16spit.html.

56 United States c. Moore 846 F.2d 1163 (1988).

57 NAM Aidsmap, (2010), *HIV and the criminal law – Northern Europe*. Disponible en: http://www.aidsmap.com/Northern-Europe/page/1444965/ [Consultado el 7 de marzo de 2012].

58 Dodds, C. et al., (2005), *Grievous Harm? Use of the Offences Against the Person Act 1861 for Sexual Transmission of HIV*, Sigma Research. Disponible en: http://www.sigma-research.org.uk/files/report2005b.pdf; The Center for HIV Law and Policy (2010), *Ending and Defending Against HIV Criminalization, A Manual for Advocates: State and Federal Laws and Prosecutions,* Vol. 1. Disponible en: http://hivlawandpolicy.org/reFuentes/view/564 [Consultado el 7 de marzo de 2012]; ONUSIDA, PNUD, (2008), *Policy Brief, Criminalisation of HIV Transmission*.

59 Weait, M., (2011), *The Criminalisation of HIV Exposure and Transmission: A Global Review.* Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio, 2011. Consulte también Ombati que se refiere a una oposición de inconstitucionalidad actual contra la amplia disposición sobre penalización dentro de la *ley 2006 VIH y SIDA (Prevención y Control) de Kenya,* sobre la base de que discrimina injustamente a las personas que viven con VIH y las poblaciones marginalizadas. Consulte también la presentación de Musinguzi, Lema, para el diálogo regional en África, 3–4 Agosto 2011; Presentación de Mack para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Presentación de Mladenovic para el diálogo regional en Europa del Este y Asia Central (EECA), 18–19 mayo 2011; Presentaciones de Pierre-Pierre, Osborne, Forbes, Azad, Power, para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 Septiembre 2011.

60 PNUD, ONUSIDA, (2008), *Policy Brief, Criminalisation of HIV Transmission*. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalization_en.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

61 Edwin, B., (2011), *Denmark: Justice Minister suspends HIV-specific criminal law, sets up working group*, Criminal HIV Transmission – Blog, 17 febrero 2011. Disponible en: http://criminalhivtransmission.blogspot.com/search/label/Denmark, [Consultado el 30 de marzo].

62 National AIDS Trust, (2006), *Criminal Prosecution of HIV Transmission, NAT Policy Update*, Agosto 2006; Wright, S., Sears, N., y McIntrye, S., (2006), *Woman jailed for deliberately infecting lover with HIV*, Daily Mail, 08 Agosto 2006. Disponible en: http://www.dailymail.co.uk/news/article-391418/Woman-jailed-deliberately-infecting-lover-HIV.html#ixzz1nhXGgMgr; Johnson, A., (2006), *Sarah was no 'AIDS avenger',* Independent, 25 Junio 2006. Disponible en: http://www.independent.co.uk/news/uk/crime/sarah-was-no-aids-avenger-405403.html [Consultado el 8 de marzo de 2012].

63 ATHENA Network, (2009), *10 reasons why criminalization of HIV transmission harms women*. Disponible en: http://www.athenanetwork.org/index.php?id=39 [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Cameron, E., (2009), *Criminalization of HIV transmission: Poor Public Health Policy*, Canadian HIV/AIDS Legal Network, HIV/AIDS Policy and Law Review, (14)2, diciembre 2009.

64 GNP+, (2010), *The Global Criminalisation Scan Report, Documenting Trends Presenting Evidence*. Disponible en: http://www.gnpplus.net/criminalisation/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=37 [Consultado el 7 de marzo de 2012].

65 Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health, Anand Grover*, Consejo de Derechos Humanos, 14° sesión, Agenda Item 3, A/HRC/14/20, abril 27, 2010; ATHENA Network, (2009), *10 reasons why criminalization of HIV transmission harms women*. Disponible en: http://www.athenanetwork.org/index.php?id=39 [Consultado el 6 de marzo de 2012].

66 En Suecia, la ley de salud pública faculta a las autoridades a intervenir en caso de que una persona transmitiera, o se sospechara que está transmitiendo, una enfermedad contagiosa. Consulte: La penalización de la transmisión, exposición y no divulgación de la condición de VIH se basa en el Código Penal sueco de 1962. Existen otras disposiciones de salud como por ejemplo la ley sueca de 2004 sobre enfermedades contagiosas que permite la aislación forzosa de individuos VIH positivos cuando se considere que constituyen una "amenaza" para otros. Consulte más detalles en http://www.sweden.gov.se/sb/d/15661/a/183500. [Consultado el 8 de marzo de 2012]. Consulte también Danziger, R., (1998), *HIV testing and HIV prevention in Sweden*, British Medical Journal, Vol. 316, Issue 7127.

67 Noruega tiene una cláusula penal que en teoría se aplica a todas las enfermedades infecciosas, pero que de hecho solo ha sido aplicada a los casos con VIH, lo cual

es contrario a la política y a las prácticas recomendadas de ONUSIDA; OHCHR, ONUSIDA, (2006), *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, 2006 Consolidated version*, Suiza, Directriz 4. Disponible en: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-intern-guidelines_en.pdf [Consultado el 21 de enero de 2012].

68 ONUSIDA, PNUD, (2008), *Policy brief on the criminalisation of HIV transmission* (recommendations). Disponible en: http://data.unaids.org/pub/basedocument/2008/20080731_jc1513_policy_criminalisation_en.pdf. Consulte también Inter-Parliamentary Union, ONUSIDA, PNUD, (2007), *Taking Action Against HIV – A Handbook for Parliamentarians,* No. 15; según la Declaración de Suiza presentada en nombre de la Comisión Nacional Suiza sobre SIDA: Garnett, G. y Gazzard, B., (2008), *Risk of HIV Transmission in Discordant Couples*, The Lancet 372(9635): 270–271. Disponible en: http://www.natap.org/2008/HIV/072908_04.htm al revocar una sentencia por transmisión, la suprema corte de justicia de Ginebra tomó en cuenta tanto la certeza honesta por parte del acusado respecto de su riesgo de transmisión futuro, y consideró la importancia de su carga viral, destacando que en casos en que la carga viral es despreciable, la persona no deberá ser considerada como contagiosa. El tribunal consideró si la persona podría o no ser considerada culposa, al tener sexo cuando existe la posibilidad de transmisión.

69 Burris, S. y Weait, M., (2011), *Criminalisation and the moral responsibility for sexual transmission of HIV*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; Weait, M., (2007), *Intimacy and Responsibility: The Criminalisation of HIV Transmission*, Abingdon, Routledge-Cavendish.

70 En Suecia, la política exige que no haya inicio de acciones legales a menos que exista evidencia científica suficientemente contundente como para respaldar la acusación y en tanto el acusado haya tenido conocimiento de su condición de VIH positivo. La definición de "conocimiento" que se aplica es amplia, de modo tal que la "ignorancia deliberada" frente al hecho de la infección puede no ser suficiente. Las pruebas que demuestren que el acusado utilizó precauciones adecuadas, normalmente impedirían la elevación de los cargos. Consulte: RFSU, RFSL, (2011), *HIV-Sweden, HIV, Crime and Punishment*, Suecia.

71 El análisis filogenético examina pequeñas diferencias en los genes del VIH aplicando métodos computarizados con el fin de calcular la distancia genética entre las cepas. A diferencia del ADN humano, que permanece estable a lo largo de la vida del individuo, el ADN del VIH cambia muy rápidamente, generando una diversidad genética inmensa. Dicha diversidad permite que los científicos, aplicando análisis filogenéticos, puedan determinar de dónde proviene el VIH, así como también rastrear las diferentes cepas del VIH que existen en el mundo. Consulte: Bernard, E.J., et al., (2007), *HIV Forensics*: *The use of phylogenetic analysis as evidence in criminal investigation of HIV transmission, NAM / NAT (National AIDS Trust).* http://www.nat.org.uk/Media%20library/Files/PDF%20Documents/HIV-Forensics.pdf

72 ONUSIDA, (2008), *UNAIDS Recommendations for Alternative Language to some Problematic Articles in the N'Djamena Legislation on HIV (2004).* Disponible en: http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/20080912_alternativelanguage_ndajema_legislation_en.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012].

73 UNAIDS Feature Story, (2011), *Countries Questioning Laws that Criminalize Transmission and Exposure*, ONUSIDA, Disponible en: http://www.unaids.org/en/reFuentes/presscentre/featurestories/2011/april/20110426criminalization/ [Consultado el 3 de abril].

74 En 2007, el grupo nacional de expertos sobre el VIH emitió una declaración pública en la que se concluía que desde el punto de vista de la evidencia en salud pública, la aplicación de procesos penales resulta ineficaz y probablemente contraproducente como método para la prevención de la transmisión. Tenga a bien consultar National Institute for Health and Welfare, (2012), *UNGASS Country Progress Report 2012, Finlandia*. Disponible en:http://www.unaids.org/fr/dataanalysis/monitoringcountryprogress/progressreports/2012countries/file,68506,fr..pdf [Consultado el 3 de abril de 2012].

75 UNAIDS Feature Story, (2011), *Countries Questioning Laws that Criminalize Transmission and Exposure*, ONUSIDA, Disponible en: http://www.unaids.org/en/reFuentes/presscentre/featurestories/2011/april/20110426criminalization/ [Consultado el 3 de abril].

76 Government Information Agency, (2011), *Spread of HIV/AIDS cannot be resolved by criminalization*, Georgetown, septiembre 2011.

77 IPPR, GNP+, ICW, (2008), *Verdict on a Virus: Public Health, Human Rights and Criminal Law*; ONUSIDA, PNUD, (2008), *International Consultation on the Criminalisation of HIV Transmission: Summary of main issues and conclusions*, Ginebra.

78 La transmisión vertical o la " prevención de la transmisión del VIH de madre a hijo", o PTMH, proporciona medicamentos, asesoramiento y apoyo psicológico para ayudar a las madres a proteger a sus niños contra el virus. Disponible en: http://www.unicef.org/aids/index_preventionyoung.html [Consultado el 21 de marzo de 2012]

79 El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, Relatores Especiales sobre el derecho a las más altas normas de salud y de diversos entes regionales, tales como la Comisión Africana sobre Derechos Humanos y de los Pueblos y la Comisión Económica y Social para Asia y el Pacífico de las Naciones Unidas. Tenga a bien consultar: *Report of the Secretary-General on the protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS): A/HRC/16/69*, Disponible en: http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G10/178/42/PDF/G1017842.pdf?OpenElement [Consultado el 6 de marzo de 2012]; *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health (right to health and criminalisation of same-sex conduct and sexual orientation, sex-work and HIV transmission): A/HRC/14/20*, Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/14session/A.HRC.14.20.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]; ACHPR/Res.195(L)2011: *Resolution on the Appointment of the Chairperson and Members of the Committee on the Protection of the Rights of People Living With HIV and Those at Risk, Vulnerable to and Affected by HIV*, disponible en: http://www.achpr.org/english/resolutions/Resolution195_en.htm [Consultado el 6 de marzo de 2012]; *UNESCAP Resolution 66/10 Regional call for action to achieve universal access to HIV prevention, treatment, care and support in Asia and the Pacific*, disponible en: http://www.unescap.org/sdd/issues/hiv_aids/Resolution-66-10-on-HIV.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Maastricht University and International Commission of Jurists, (2011), *Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the area of Economic, Social and Cultural Rights*, disponible en: http://oppenheimer.mcgill.ca/IMG/pdf/Maastricht_20ETO_20Principles_20-_20FINAL.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

80 Consulte las reservas formuladas por Egipto durante la firma de Convención de las Naciones Unidas sobre eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, confirmadas al momento de su ratificación. Respecto del artículo 16: "Reserva en relación al texto del artículo 16 respecto de la igualdad entre hombres y mujeres en todas las cuestiones referidas al matrimonio y a las relaciones familiares, durante la vigencia del matrimonio y luego de su disolución, sin perjuicio de las disposiciones de la Sharia islámica, en virtud del cual las mujeres reciben derechos equivalentes a los de sus cónyuges, a fin de asegurar un justo equilibrio entre ambas partes. Esto es contrario a la naturaleza sacrosanta de las firmes creencias religiosas que rigen las relaciones maritales en Egipto y que no deben ser cuestionadas, y en vista del hecho de que una de las bases más importantes de estas relaciones es una equivalencia de derechos y obligaciones destinada a asegurar la complementación que garantiza una igualdad verdadera entre los esposos. Las disposiciones de la Sharia estipulan que el esposo debe entregar a la esposa un pago nupcial obligatorio y mantenerla totalmente y también entregar un pago a ella en caso de divorcio, mientras que la esposa conserva pleno derecho sobre sus propiedades y no está obligada a erogar dinero alguno para su manutención. La Sharia en consecuencia, restringe los derechos de la mujer en caso de divorcio al quedar supeditados a la decisión del juez, mientras que no se estipula tal restricción en el caso del esposo". Egipto formuló una reserva general respecto del artículo 2: "La República Árabe de Egipto expresa su voluntad de cumplir con las disposiciones de este artículo, siempre y cuando dicho cumplimiento no obre en contra de la Sharia islámica". Disponible en http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/reservations-country.htm. [Visitado el 15 de marzo de 2012].

81 D'Adesky, AC., (2011), *The Lessons of Uganda*, Pride Magazine. Disponible en: http://www.rectalmicrobicides.org/docs/Lessons_of_Uganda.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

82 Malances, Maurice, (2011), *Philippine Catholic Church at odds with health department over HIV prevention*. Retrieved from http://www.eni.ch/featured/article.php?id=5337 [Accessed on 4 July 2012]; Mateo, R., Sarol, J., y Poblete, R. (2004). HIV/AIDS in the Philippines. *AIDS Education and Prevention*, 16, Supplement A, pp. 43–52; Miguel, M., Murray, L., Wittlin, N., Wilison, P., Terto, V., y Parker, R., (2011), *Divine targets: youth at the centre of Catholic and Pentecostal responses to HIV and AIDS in Brazil. Culture, Health, and Sexuality: An International Journal for Research, Intervention, and Care,* 13, 06, 657–668; Rios, L., Aquino, F., Munoz-Laboy, M., Oliveira, C., y Parker, R., (2011), *The Catholic Church, moral doctrine, and HIV prevention in Recife, Brazil: Negotiating the contradictions between religious belief and the realities of everyday life. Culture and Religion: An Interdisciplinary Journal,* 12, 4, 355–372; Ankomah, A., (1998), *Condom use in sexual exchange relationships among young single adults in Ghana*, AIDS Education and Prevention, 10(4), 303–316; Eriksson, E., Lindmark, G., Axemo, P., Haddad, B., y Ahlberg, B., (2010), *Ambivalence, silence and gender differences in church leaders' HIV-prevention messages to young people in KwaZulu-Natal, South Africa*. Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care, 12:1, 103–114.

83 *65th Session of the UN General Assembly High-level meeting on the comprehensive review of the progress achieved in realising the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the Political Declaration on HIV/AIDS*, Nueva York, 10 Junio 2011, *Statement by H.E. Archbishop Francis Chullikatt Apostolic Nuncio, Permanent Observer of the Holy See.* Disponible en: http://www.un.org/en/ga/aidsmeeting2011/pdf/holysee.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2011]; 65° Sesión Plenaria de la Asamblea General, GA/11093, Nueva York, 10 Junio 2011, *Adoption of political declaration promises 'bold and decisive action' to wipe out what remains of global human tragedy of HIV/AIDS*. Disponible en: http://www.un.org/News/Press/docs/2011/ga11093.doc.htm [Consultado el 6 de marzo de 2012].

84 *Ibid.*

85 Malaysian AIDS Council, (2011), *International HIV and Islam: Responsible religious response to HIV and AIDS in Malaysia – A Malaysian AIDS Council Brief.* Disponible en:http://idpc.net/sites/default/files/library/hiv-and-islam.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

86 Para Mauritania, consulte Law nr. 2007.042 on the prevention, care and control of HIV/AIDS. Disponible en: http://www.gnpplus.net/criminalisation/new/sites/default/files/mauritania_hiv_legislation.pdf [Consultado el 4 de julio 2012]. See also Patrick Eba, (2008), One size punishes all… A critical appraisal of the criminalisation of HIV transmission, AIDS Legal Network. Disponible en: http://www.icw.org/files/ALQ_Double_Edition_08_--_Criminalisation.pdf [Accessed on 4 July 2012]. Para el Laotian Buddhist Metta Dhamma Project, consulte UNICEF Ofi cina Regional de Asia Oriental y el Pacífico, (2009), *Regional Review: Buddhist Leadership Initiative*. Disponible en: http://www.unicef.org/eapro/AW_BLI_2Sep09.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]; IRIN, (2007), *LAOS: Regional Buddhist HIV outreach programme making an impact*. Disponible en: http://www.irinnews.org/Report/70800/LAOS-Regional-Buddhist-HIV-outreach-programme-making-an-impact [Consultado el 6 de marzo de 2012].

87 Mathers, S.M., et al., (2008), *Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review* The Lancet, Volume 372, Issue 9651. Disponible en: http://www.who.int/hiv/topics/idu/LancetArticleIDUHIV.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

88 ONUSIDA, (2009), *HIV Prevention Among Injecting Drug Users*, 24° Reunión de la Junta de Coordinación de ONUSIDA, Ginebra, Suiza, 22–24 junio 2009.

89 ONUSIDA, (2010), *2010 Report on the Global AIDS Epidemic*. Disponible en: http://www.unaids.org/globalreport/global_report.htm [Consultado el 6 de marzo de 2012]; PNUD, ONUSIDA, (2009), *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

90 Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report of the Secretary-General – United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration,* A/66/757. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado el 1 de mayo de 2012].

91 Taylor, A., Frischer, M., Green, ST., Goldberg, D., McKeganey, N., y Gruer, L., (1994), *Low and stable prevalence of HIV among drug injectors in Glasgow*, International Journal of STD & AIDS. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8031910 [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Frischer, M., Green, ST., Goldberg, DJ., Haw, S., Bloor, M., McKeganey, N., Covell, R., Taylor, A., Gruer, LD., y Kennedy, D., (1992), *Estimates of HIV infection among injecting drug users in Glasgow, 1985–1990*, AIDS. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1472341 [Consultado el 6 de marzo de 2012].

92 Harm Reduction International, (2010), *What is harm reduction? A position statement from the International Harm Reduction Association*. Disponible en: http://www.ihra.net/files/2010/08/10/Briefing_What_is_HR_English.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

93 Burris, S., y Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, Julio 2011. Consulte también: Global Commission on Drug Policy, (2011), *War on Drugs: Report of the Global Commission on Drug Policy*. Disponible en: http://www.globalcommissionondrugs.org/Report [Consultado el 6 de marzo de 2012]; DrWodak AM., A., (2011), *Demand Reduction and Harm Reduction*, Documento de trabajo redactado para el Primer Encuentro del Grupo de asesoramiento técnico de la Comisión Mundial sobre Políticas de Drogas, enero 2011. Disponible en: http://www.globalcommissionondrugs.org/Arquivos/Global_Com_Alex_Wodak.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]; OMS, UNODC, ONUSIDA, (2009), *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users.* Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]; OMS, (2005), *Evidence for action: a critical tool for guiding policies and programmes for HIV prevention, treatment and care among injecting drug users, Editorial from the International Journal of Drug Policy*. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/drugpolicyjournal.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]; OMS, (2004), *Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among IDUs: Evidence for action technical paper and policy brief.* Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2004/9241591641.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

94 OMS, UNODC, ONUSIDA, (2009), *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

95 *Ibid.*

96 Convención única sobre estupefacientes, Naciones Unidas, 30 marzo 1961, vigente desde 13 diciembre 1964; texto enmendado por el Protocolo de 1972 modificatorio de la Convención Única sobre narcóticos, 1961, 25 de marzo de 1972, con vigencia a partir del 8 de agosto de 1975.

97 Convención sobre Sustancias Sicotrópicas, Naciones Unidas, 21 febrero 1971, vigente desde el 16 de agostode 1976.

98 Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, Naciones Unidas, 20 diciembre 1988, vigente desde 11 noviembre 1990.

99 Presentaciones de Kamon Uppakaew, Thai AIDS Treatment Action Group, Tailandia, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

100 Comentario sobre *Single Convention on Narcotic Drugs*, 1961. Preparado por el Secretario General de las Naciones Unidas de conformidad con el párrafo 1 de la Resolución del Consejo Económico y Social 914 D (XXXIV), 3 agosto 1962.

101 Convención única sobre estupefacientes, Naciones Unidas, 1961, Artículo 38; Convención sobre Sustancias Sicotrópicas, Naciones Unidas, 1971, Artículo 22; Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Sicotrópicas, 1988, Artículo 14. Consulte también UNODC, (2010), *World Drug Report 2010*. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2010/World_Drug_Report_2010_lo-res.pdf [Consultado el 6 de marzo de

2012]; Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report of the Secretary-General – United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration,* A/66/757. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado el 1 de mayo de 2012].

102 Burris, S., y Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, Julio 2011. Consulte también: *Narcotics Addict Rehabilitation Act* B.E. 2545 (2002); Ley sobre narcóticos de Indonesia, artículos 54 y 111 (2009); Bewley-Taylor, D., Hallam, C., et al., (2009), *The Incarceration of Drug Offenders: An Overview*, Beckley Foundation Drug Policy Programme; Butler, W.E., (2005), *Narcotics and HIV/AIDS in Russia: Harm Reduction Policies Under Russian Law,* Wildy, Simmonds & Hill Law Publishing ; Jelsma, M., (2010), *Drug Law Reform Trend in Latin America*, TNI; Nougier, M., (2011), *First IDPC seminar on drug policy in the Middle East and North Africa*, IDPC. Disponible en: http://www.idpc.net/sites/default/files/library/IDPC%20report%20on%20MENA%20seminar%20FINAL%20web_0.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2006]; UNODC, (2010), *Accessibility of HIV Prevention, Treatment, and Care Services for People who Use Drugs and Incarcerated People in Azerbaijan, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Tajikistan, Turkmenistan, and Uzbekistan: Legislative and Policy Analysis and Recommendations for Reform*; Open Society Institute, (2009), *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences on the Global War on Drugs,* International Harm Reduction Development Program; Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report of the Secretary-General – United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration,* A/66/757. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado el 1 de mayo de 2012].

103 *Ibid.*

104 Global Commission on Drug Policy, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy.* Disponible en: http://www.globalcommissionondrugs.org/Report [Consultado el 6 de marzo de 2012].

105 Human Rights Watch, (2006), *Rhetoric and Risk: Human Rights Abuses Impeding Ukraine's Fight Against AIDS*; Human Rights Watch, (2004), *Lessons Not Learned: Human Rights Abuses and HIV/AIDS in the Russian Federation*; Human Rights Watch, (2003), *Fanning the Flames: How Human Rights Abuses Are Fuelling the AIDS Epidemic in Kazakhstan.* Consulte también: Burris, S. y Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, julio 2011.

106 Otiashvili, D., (2008), *Georgian Drug War – Ignoring Evidences, Neglecting Human Rights,* presentado en la International Harm Reduction Association's durante la 19° conferencia anual en Barcelona.

107 Human Rights Watch, (2011), *The Rehab Archipelago: Forced Labor and Other Abuses in Drug Detention Centers in Southern Vietnam*. Disponible en: http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/vietnam0911ToPost.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

108 Burris, S. y Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, Julio 2011. Consulte también: Open Society Institute, (2009), *The Impact of Drug Users Registration Laws on People's Rights and Health, Key findings from Russia, Georgia and Ukraine.* Disponible en: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Human Rights Watch, (2007), *Rehabilitation Required: Russia's Human Rights Obligation to Provide Evidence-Based Drug Treatment.* Disponible en: http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/russia1107webwcover.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

109 Elliott R., Lines R., y Schleifer, R., (2010), *Compulsory Drug Detention: A Human Rights Analysis;* Human Rights Watch, (2010), *Skin and Cable: The Illegal Arrest, Arbitrary Detention and Torture of People Who Use Drugs in Cambodia;* Open Society Institute, (2009), *At What Cost? HIV and Human Rights Consequences on the Global War on Drugs*. International Harm Reduction Development Program.

110 *Ibid.*

111 UNESCAP, febrero 2012*, Asia-Pacific High-Level Intergovernmental Meeting on the Assessment of Progress against Commitments in the Political Declaration on HIV/AIDS and the Millennium Development Goals, Country Statements for Agenda Item 5*. Disponible en: http://unescapsdd.org/sites/test/files/Country-Statements-Item-5.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012].

112 Consulte, por ejemplo, presentaciones de Recovering Nepal (Red nacional de personas que utilizan drogas, en Nepal), Nepal; Thai AIDS Treatment Action Group (TTAG), Tailandia; Space Allies, Japón, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero, 2011; Mustafaeva; Canadian HIV/AIDS Legal Network, Canada; Sarkunts Fondo solidario para el desarrollo de la educación, la salud y la prevención del VIH/SIDA, Rusia; Initiative for Health Foundation, Bulgaria, Kurmanaevsky, Rusia; Eurasian Harm Reduction, Lituania, para el diálogo regional en Europa del Este y Asia Central (EECA), 18–19 mayo, 2011; Youth RISE para reducir los daños relacionados con las drogas, Nigeria, para el diálogo en África, 3–4 agosto, 2011.

113 BurnetInstitute, (2010), *Harm reduction in Asia: progress towards universal access to harm reduction services among people who inject drugs.* Para obtener más pruebas sobre las contradicciones entre la legislación punitiva y las políticas nacionales contra el VIH/SIDA consulte: HAARP, (2009), *Law and Policy Review*; UNODC, (2007), *Prevention of Transmission of HIV among dru gusers in SAARC Countries – Legal and Policy concerns related to IDU harm reduction in SAARC countries. Disponible en:* http://www.unodc.org/pdf/india/publications/legal_policy_book_140807.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

114 Burris, S., y Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, Julio 2011. Consulte también: Case, Meehan, y Jones, (1997); Taussig et al., (2001); Bluthenthal, (1997); Mikhailove, (2003); Burris et al., (2009); Human Rights Watch, (2006); Burris, Blankenship, y Donoghoe, (2004); Open Society Institute, (2001); Rhodes, (2002); Beletsky et al., (2011); Diaz et al., (1999); Gleghorn, et al., (1995); Weinstein, et al., (1998); Vocal-NY Users Union, y Urban Justice Institute, (2010). Presentación de McLemore, para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 septiembre, 2011.

115 OMS, UNODC, ONUSIDA, (2009), *Technical Guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users.* Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/idu/idu_target_setting_guide.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]. Consulte también: Human Rights Watch, (2004(a); Open Society Institute, (2008(a); Rhodes et al., (2006); Shields, (2009); Davis, Triwahyuono y Alexander, (2009); Hammett et al., (2008); Maru, (2003); Schleifer, (2006); Struthers y Csete, (2003); Wolfe y Saucier, (2010); HIV/AIDS Alliance of Ukraine, (2010); Reid, (2007); Csete et al., (2009) citado en Burris, S. y Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, Julio 2011.

116 Open Society Institute, (2009), *The Impact of Drug Users Registration Laws on People's Rights and Health, Key findings from Russia, Georgia and Ukraine*. Disponible en: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/publications/drugreg_20091001/drugreg_20091001.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Human Rights Watch, (2007), *Deadly Denial, Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand*.

117 Bastos y Strathdee, (2000); Bluthenthal et al., (1999); Bourgois, (1998); Diaz et al., (1999); Blumenthal, (1999); Gleghorn et al., (1995); Koester, (1994); Rhodes et al., (2003); Weinstein et al., (1998); Zule, (1992); Blankenship y Koester, (2002); Burris et al., (2011), citado en Burris, S. y Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, Julio 2011.

118 Aitken, et al., 2002, Dixon & Maher, 2002; Maher & Dixon, 2001, Small, Kerr et al., 2005; Broadhead et al, 2002 citado en Chiu y Burris, 2011.

119 Aitken et al., (2002); Cooper et al., (2004); Dixon y Maher, (2002); Small, Kerr et al., (2005) citado en Burris, S. y Chiu, J., (2011), *Punitive Drug Law and the Risk Environment for Injecting Drug Users: Understanding the Connections*, Do-

cumento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 Julio 2011.

120 Kerr, T., Small, W., y Wood, E., (2005), *The Public Health and Social Impacs of Drug Market Enforcement: A Review of the Evidence,* International Journal of Drug Policy. Disponible en: http://www.idpc.net/sites/default/files/library/The%20public%20health%20and%20social%20impacts%20of%20drug%20market%20enforcement%20-%20a%20review%20of%20the%20evidence.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

121 ONUSIDA, (2010), *UNAIDS feature story: AIDS project helps communities in Russia to take actions to protect themselves.* Disponible en: http://www.unaids.org/en/reFuentes/presscentre/featurestories/2011/may/20110510aidscompetence/ [Consultado el 3 de abril de 2012]; Needle, R.H. and Zhao, L., (2010), HIV Prevention among Injection Drug Users: Strengthening U.S. Support for Core Interventions, CSIS Global Health Policy Center, 11. Disponible en: http://csis.org/files/publication/100408_Needle_HIVPrevention_web.pdf. [Consultadoel 8 julio de 2012].

122 La política antidrogas estatal de la Federación Rusa 2010–2020. Disponible en: http://stratgap.ru/pages/strategy/3662/4434/4437/index.shtml [Consultado el 3 de abril de 2012].

123 Presentación de Network for Harm Reduction in Russia (ESVER), Rusia, para el diálogo regional en Europa del Este y Asia Central, 18–19 mayo 2011.

124 Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute. Disponible en: http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration,* A/66/757. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado el 1 de mayo de 2012].

125 *Ibid*.

126 Hughes, CE. y Stevens, A., (2010), *What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs?,* British Journal of Criminology. Disponible en: http://bjc.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/21/bjc.azq038 [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute, págs.11–12. Disponible en: http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

127 Harm Reduction International, (2010), *Global State of Harm Reduction 2010 Report.* Disponible en: http://www.ihra.net/international-response [Consultado el 7 de marzo de 2012] [Consultado el 7 de marzo de 2012].

128 Presentación de The New Zealand AIDS Foundation (NZAF), Nueva Zelanda, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

129 Global Commission on Drug Policy, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy.* Disponible en: http://www.globalcommissionondrugs.org/Report [Consultado el 6 de marzo de 2012].

130 Global Commission on Drug Policy, (2012), *The War on Drugs and HIV/AIDS: How the Criminalization of Drug Use Fuels the Global Pandemic*, 10. Disponible en: http://globalcommissionondrugs.org/wp-content/themes/gcdp_v1/pdf/GCDP_HIV-AIDS_2012_REFERENCE.pdf. [Consultado el 2 julio de 2012].

131 Ohiri, K., Claeson, M., Razzaghi, E., Nassirimanesh, B., Afshar, P., Power, R., et al., (2006), *HIV/AIDS prevention among injecting drug users: Learning from harm reduction in Iran*. Disponible en: http://sitereFuentes.worldbank.org/SOUTHASIAEXT/ReFuentes/223546-1192413140459/4281804-1231540815570/5730961-1236796342147/4.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

132 Global Commission on Drug Policy, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy.* Disponible en: http://www.globalcommissionondrugs.org/Report [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Hughes, CE. y Stevens, A., (2010), *What can we learn from the Portuguese decriminalisation of illicit drugs?,* British Journal of Criminology. Disponible en: http://bjc.oxfordjournals.org/content/early/2010/07/21/bjc.azq038 [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute. Disponible en: http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Latin American Commission on Drugs and Democracy, (2009), *Drugs*

and Democracy: Toward a Paradigm Shift. Disponible en: http://cbdd.org.br/en/files/2011/05/CLDD-Relat%C3%-B3rio-ING.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

133 Global Commission on Drug Policy, (2011), *War on Drugs: Report of Global Commission on Drug Policy.* Disponible en: http://www.globalcommissionondrugs.org/Report [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Latin American Commission on Drugs and Democracy, (2009), *Drugs and Democracy: Toward a Paradigm Shift*. Disponible en: http://cbdd.org.br/en/files/2011/05/CLDD-Relat%C3%-B3rio-ING.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

134 Canadian HIV AIDS Legal Network, (2008), *HIV/AIDS Policy and Law Review,* vol. 13, No 2/3, *págs.48* .Disponible en:http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1636 [Consultado el 7 de marzo de 2012].

135 Canadian HIV AIDS Legal Network, (2008), *HIV/AIDS Policy and Law Review,* Vol. 14, No. 2 , págs. 23. Disponible en: http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=1597 [Consultado el 7 de marzo de 2012]*;* Stevenson, M., (2009), *Mexico decriminalizes small-scale drug possession*, The Huffington Post. Disponible en: http://www.huffingtonpost.com/2009/08/21/mexico-decriminalizes-sma_n_264904.html [Consultado el 7 de marzo de 2012].

136 Greenwald, G., (2009), *Drug Decriminalisation in Portugal: Lessons for Creating Fair and Successful Drug Policies*, Cato Institute. Disponible en: http://www.cato.org/pubs/wtpapers/greenwald_whitepaper.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration,* A/66/757. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado el 1 de mayo de 2012].

137 Richard, E. et al., (2002), *Establishing Safe Injection Facilities in Canada: Legal and Ethical Issues*, Canadian HIV/AIDS Legal Network. Disponible en: http://www.aidslaw.ca/publications/interfaces/downloadFile.php?ref=776 [Consultado el 7 de marzo de 2012].

138 *Canada (Attorney General) v. PHS Community Services Society*, 2011 SCC 44, [2011] 3 S.C.R. 134. Disponible en: http://scc.lexum.org/en/2011/2011scc44/2011scc44.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

139 ONUSIDA, (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic 2010*. Disponible en: http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Chap5_em.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012]; Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report of the Secretary-General – United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration,* A/66/757. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado el 1 de mayo de 2012].

140 ProCon.org, (2009), *100 Countries and their Prostitution Policies*. Disponible en: http://prostitution.procon.org/view.reFuente.php?reFuenteID=000772. [Consultado el 8 de marzo de 2012]; Para el caso de Vietnam, consulte el Centro de Investigación y Recursos para Mujeres de Asia Pacífico (ARROW), (2010), *MGD 3 in Vietnam*. Disponible en: http://www.mdg5watch.org/index.php?option=com_content&view=article&id=96&Itemid=164 [Consultado el 8 de marzo de 2012].

141 ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*, ONUSIDA.

142 Gould, A., (2001), *The Criminalisation of Buying Sex: The Politics of Prostitution in Sweden*, Journal of Social Policy, 6 agosto 2001, 30: 437–456; Ekberg, G., (2004), *The Swedish Law that Prohibits the Purchase of Sexual Services: Best Practices for Prevention of Prostitution and Trafficking in Human Beings*, Violence Against Women 10: 1187–1218, p. 1189.

143 Pronunciado por Rosinha Sambo en la Conferencia sobre Trabajadores del Sexo en Taipéi en 2001 sobre la Situación de los Trabajadores del Sexo en Suecia: "Ser trabajador del sexo en Suecia es peligroso. Es terriblemente peligroso. Ya no sabemos qué hacer ni cómo hacerlo. Lo que tenemos en Suecia es una ley que no nos ayuda en absoluto, ni nos da ninguna alternativa. El gobierno sueco quiere rehabilitarnos, rehabilitar al trabajador del sexo, como si fuéramos víctimas de alguna enfermedad peligrosa. Rehabilitarnos, porque podríamos propagar la enfermedad." La declaración completa se encuentra en: http://www.bayswan.org/swed/rosswed.html [Consultado el 24 de abril de 2012]; Kulick, D., (2003), *Sex in the new Europe: The criminalization of clients and Swedish fear of penetration*, Anthropological Theory, 3(2): 199–218. Disponible en: http://myweb.dal.ca/mgoodyea/Documents/Sweden/Sex%20in%20the%20

new%20Europe%20Kulick%20Anthr%20Theor%20 2003%203(2)%20199.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]; Harcourt, C., Egger, S., y Donovan, B., (2005), *Sex work and the law*, Sex Health. 2005; 2(3):121–8; Canadian HIV/AIDS Legal Network, (2005), *New Zealand and Sweden: two models of reform*. Disponible en: http://www.bayswan.org/swed/Canada_law_reform_models.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]; Sullivan, T., (2009), *Sweden revisits prostitution law: Its though stance is upheld as model. But does it work?,* The Christian Science Monitor. Disponible en: http://www.csmonitor.com/World/Europe/2009/0630/p10s01-woeu.html [Consultado el 24 de abril de 2012]; Agustin, Laura, (2010),*The Other Swedish Model: Gender, sex and culture – Trying to prove Swedish law reduces trafficking: Garbage in, garbage out*. Disponible en: http://www.thelocal.se/blogs/theotherswedishmodel/ [Consultado el 24 de abril de 2012]; FIRST Decriminalize sex work, (2010), *Swedish model a failure: yet another law targeting street-based sex workers*. Disponible en: http://www.firstadvocates.org/sites/firstadvocates.org/files/Swedish-model-a-failure_0.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]; Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, Presentado en la British Society of Criminology Annual Conference, Northumbria University, 4 julio 2011. Disponible en: http://cybersolidaires.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]; Dodillet S. y Östergren P., (2011), *The Swedish sex purchase act: claimed success and documented effect*, Documento presentado en el taller "*Decriminalizing prostitution and beyond: practical experiences and challenges*", La Haya. Disponible en: http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consultado el 13 de abril de 2012]; Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering,* Documento temático 4 –abril 2012, Program on Human Trafficking and Forced Labor, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University– Washington College of Law. Disponible en: http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012].

144 Shah, S., (2011), *Trafficking and the Conflation with Sex Work: Implications for HIV Prevention and Control.* Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; Consulte también Chapkis, W., (2005), *Soft Glove, Punishing Fist: The Trafficking Victims Protection Act in Regulating Sex*, Bernstein and SchaffnerRoutledge Edition. Consulte también Schreter, L., Jewers, M., y Sastrawidjaja, S., *The Danger of Conflating Trafficking and Sex Work: A Position Paper of the Sex Workers Project at the Urban Justice Center*, Urban Justice Center. Disponible en: http://www.sexworkersproject.org/media-toolkit/downloads/20070330-BriefingPaperOnConflationOfTraffickingAndSexWork.pdf. [Consultado el 11 de abril de 2012]

145 Por ejemplo, consulte la presentación del African Alliance of Sex Workers (AASW), Mozambique, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011 para el debate sobre la ley de Mozambique que se opone a "los vicios contra la naturaleza", empleada para penalizar el trabajo sexual. Consulte también Mgbako, C. y Smith, L., (2010), *Sex Work and Human Rights in Africa*, Fordham International Law Journal, 33: 1178.

146 Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011. El autor cita el ejemplo de Italia, donde se han utilizado las leyes de seguridad nacional que "invisten a los alcaldes con el poder judicial para declarar el estado de emergencia ante todo lo que pudiera poner en peligro la seguridad y el decoro de las ciudades" con el propósito de aplicar multas a los trabajadores sexuales. Consulte también Burris, S., Overs, C., y Weait, M., (2010), *Laws and Practices that Effectively Criminalise People Living with HIV and Vulnerable to HIV*. Documento de trabajo redactado para el Primer Encuentro de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 6–7 octubre 2010; Consulte también presentaciones de Apisuk para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Presentación de Ferdoko para el diálogo regional en Europa del Este y Asia Central (EECA), 18–19 mayo 2011; Presentación confidencial para el Diálogo Regional Latinoamericano, 26–27 junio 2011; Presentación de Maseko, Sisonke, Botswana, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011.

147 PROS Network and Leigh Tomppert, (2012), *Public Health Crisis: The Impact of Using Condoms as Evidence of Prostitution in New York City*, PROS Network and

the Sex Workers Project at the Urban Justice Center. Disponible en: http://sexworkersproject.org/downloads/2012/20120417-public-health-crisis.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]; Velmanette Montgomery, New York State Senator, (2012), *Public Health Experts, Human Rights Advocates Join Senator Montgomery in Calling for Law Barring Use of Condoms as Evidence of Prostitution.* Disponible en: http://www.nysenate.gov/press-release/public-health-experts-human-rights-advocates-join-senator-montgomery-calling-law-barri [Consultado el 24 de abril de 2012]; Human Rights Watch, (2010), *Off the Streets: Arbitrary Detention and Other Abuses against Sex Workers in Cambodia*. Disponible en: http://www.hrw.org/reports/2010/07/20/streets [Consultado el 24 de abril de 2012]; Gruskin, S., and Ferguson, L., (2009), *Government regulation of sex and sexuality: in their own words*, Reproductive Health Matters, Vol. 17, No. 34, págs. 108–118, noviembre 2009. Disponible en SSRN: http://ssrn.com/abstract=1543803 [Consultado el 24 de abril de 2012]. Consulte también presentaciones de Sangama, India, y Empower Foundation, Tailandia, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

148 Presentación de Rocke, SASOD, Guayana, para el diálogo regional en el Caribe, 12–13 abril 2011.

149 OMS, (2005), *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections, Violence Against Sex Workers and HIV Prevention*, Information Bulletin Series, No 3. Disponible en: http://www.who.int/gender/documents/sexworkers.pdf [Consultado el 12 de abril de 2012]. Consulte Csete, J. y Cohen, J.,(2010), *Health Benefits of Legal Services for Criminalised Populations: The Case of People Who Use Drugs, Sex Workers and Sexual and Gender Minorities*, The Journal of Law, Medicine & Ethics, Vol. 38, Issue 4, pp. 816–831.

150 Pyett, PM. y Warr, DJ., (1997), *Vulnerability on the Streets: Female Sex Workers and HIV Risk*, AIDS Care, Vol. 9, Issue 5, 539–537. The China Sex Worker Organization Network, (2011), *Report on the Impact of China's 2010 'Strike Hard Campaign': A Crackdown on Sex Work*; Rhodes, T. et al., (2008), *Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia: qualitative study*. BMJ, 4 agosto 2008. Disponible en: http://www.bmj.com/content/337/bmj.a811.full [Consultado el 8 de marzo de 2012]; Consulte también la presentación de Gays and Lesbians, Zimbabwe, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011. ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*, ONUSIDA.

151 Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; Consulte también Csete, J. y Shannon, K., (2010), *Violence, Condom Negotiation, and HIV/STI Risk Among Sex Workers*, Journal of the American Medical Association, 304(5): 573–574; Rhodes, T. et al., (2008), *Police violence and sexual risk among female and transvestite sex workers in Serbia:* qualitative study. BMJ, 4 agosto 2008. Disponible en: http://www.bmj.com/content/337/bmj.a811.full [Consultado el 8 de marzo de 2012].

152 The China Sex Worker Organization Network, (2011), *Report on the Impact of China's 2010 'Strike Hard Campaign': A Crackdown on Sex Work;* Alexander, P., (2001), *Contextual risk versus risk behavior: The impact of the legal, social and economic context of sex work on individual risk taking*, Research for Sex Work, 4: 3–5; OMS, (2005), *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections, Violence against Sex Workers and HIV Prevention*, Information Bulletin Series, No. 3; Human Rights Watch, (2003), *Fanning the Flames, How Human Rights Abuses are Fueling the AIDS Epidemic in Kazakhstan*, Junio 2003, Vol. 15, No. 4. Consulte también Asia Calling, (2010), *Burmese Sex Workers Avoid Arrest with Bribes and not Carrying Condoms*, Disponible en: http://www.asiacalling.org/km/special-reports/sex-workers-stories-from-across-asia/1919-burmese-sex-workers-avoid-arrest-with-bribes-and-not-carrying-condoms [Consultado el 12 de abril de 2012]., NC Harm Reduction Coalition, (2012), *Arrested for Carrying Condoms?* Daily Kos. Disponible en: http://www.dailykos.com/story/2012/01/13/1054561/-Arrested-for-Carrying-Condoms- [Consultado el 12 de abril de 2012].

153 Women's Network of Unity, (2011), Violence against Sex Workers is Prevalent in Cambodia with Customers and the Police Often the Perpetrators, WNU. Disponible en: http://www.plri.org/reFuente/violence-against-sex-workers-prevalent-cambodia-customers-and-police-often-perpetrators [Consultado el 12 de abril de 2012].

154 Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre

el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011. Scorgie, F., Nakato, D., et al., (2011),*I Expect to be Abused and I have Fear: Sex Workers's Experiences of Human Rights Violations and Barriers to Accessing Healthcare in Four African Countries*, African Sex Worker Alliance. Disponible en: http://www.plri.org/sites/plri.org/files/ASWA_Report_HR_Violations_and_Healthcare_Barriers_14_April_2011.pdf [Consultado el 12 de abril de 2012]. Consulte también Richter, M., (2008), *Sex Work, Reform Initiatives and HIV/AIDS in Inner-City Johannesburg*, African Journal of AIDS Research, Vol. 7, Issue 3; ATHENA, *10 Reasons why Criminalisation of HIV Exposure or Transmission Harms Women;* Pyett, PM. y Warr, DJ., (1997), *Vulnerability on the Streets: Female Sex Workers and HIV Risk,* AIDS Care, Vol. 9, Issue 5, 539–537.

155 Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011*;* Consulte también, por ejemplo, UNIFEM, (2007), *A Legal Analysis of Sex Work in the Anglophone Caribbean,* disponible en http://www.unifem.org [Consultado: 1 diciembre 2011]; Jenkins C., CPU, WNU y Sainsbury C., (2006), *Violence and Exposure to HIV Among Sex Workers in Phnom Penh, Cambodia*, USAID. Disponible en: http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001702.pdf [Consultado el 12 de abril de 2012].

156 *Ibid*.

157 Consulte Csete, J. y Cohen J., (2010), *Health Benefits of Legal Services for Criminalised Populations: The Case of People who Use Drugs, Sex Workers and Sexual and Gender Minorities*, Journal of Law, Medicine and Ethics, 38 (4): 816-831. Reed, E. et al., *The Role of Housing in Determining HIV Risk Among Female Sex Workers in Andhra Pradesh, India*; *Considering Women's Life Contexts*, Social Science & Medicine, 72:5, 710–716.

158 Gould, A., (2001), *The Criminalisation of Buying Sex: The Politics of Prostitution in Sweden*, Journal of Social Policy, 6 agosto 2001, 30: 437–456; Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011. Consulte también Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, Presented at the British Society of Criminology Annual Conference, Northumbria University, 4 julio 2011. Disponible en: http://cybersolidaires.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]; Dodillet, S. y Ostergren, P., (2011), *The Swedish Sex Purchase Act: Claimed Success and Documented Effects*, Documento de la Conferencia presentado en el Taller Internacional "*Decriminalizing Prostitution and Beyond: Practical Experiences and Challenges",* La Haya. Disponible en: http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consultado el 13 de abril de 2012]; Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering,* Documento Temático 4 – abril 2012, Program on Human Trafficking and Forced Labor, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University– Washington College of Law. Disponible en: http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012].

159 BAYSWAN también informa que la ley ha dado impulso a la formación de una organización de lucha por los derechos de los trabajadores sexuales en Suecia: http://www.bayswan.org/swed/flashback_sweden.html [Consultado: 6 marzo 2012].

160 Kulick, D., (2003), *Sex in the new Europe: The criminalization of clients and Swedish fear of penetration*, Anthropological Theory, 3(2): 199–218; Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, Presentado en la British Society of Criminology Annual Conference, Northumbria University, 4 julio 2011. Disponible en: http://cybersolidaires.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]; Dodillet S., y Östergren, P., (2011), *The Swedish sex purchase act: claimed success and documented effect*, Paper presented at workshop "*Decriminalizing prostitution and beyond: practical experiences and challenges*", La Haya. Disponible en: http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consultado el 13 de abril de 2012]; Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering,* Issue Paper 4 – abril 2012, Program on Human Trafficking and Forced Labor, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University – Washington College of Law. Disponible en: http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012].

161 Harcourt, C., Egger, S., y Donovan, B., (2005), *Sex work and the law,* Sex Health. 2005; 2(3):121–8; Canadian HIV/AIDS Legal Network, (2005), *New Zealand and Sweden: two models of reform*. Disponible en: http://www.bayswan.org/swed/Canada_law_reform_models.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]; Sullivan, T., (2009), *Sweden revisits prostitution law: Its though stance is upheld as model. But does it work?,* The Christian Science Monitor. Disponible en: http://www.csmonitor.com/World/Europe/2009/0630/p10s01-woeu.html [Consultado el 24 de abril de 2012]; Agustin, Laura, (2010), *The Other Swedish Model: Gender, sex and culture—Trying to prove Swedish law reduces trafficking: Garbage in, garbage out*. Disponible en: http://www.thelocal.se/blogs/theotherswedishmodel/ [Consultado el 24 de abril de 2012]; FIRST Decriminalize sex work, (2010), *Swedish model a failure: yet another law targeting street-based sex workers*. Disponible en: http://www.firstadvocates.org/sites/firstadvocates.org/files/Swedish-model-a-failure_0.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]; Levy, J., (2011), *Impacts of the Swedish Criminalisation of the Purchase of Sex on Sex Workers*, Presentado en la British Society of Criminology Annual Conference, Northumbria University, 4 julio 2011. Disponible en: http://cybersolidaires.typepad.com/files/jaylevy-impacts-of-swedish-criminalisation-on-sexworkers.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]; Dodillet, S. y Östergren, P., (2011), *The Swedish sex purchase act: claimed success and documented effect*, Paper presented at workshop "*Decriminalizing prostitution and beyond: practical experiences and challenges*", La Haya. Disponible en: http://www.plri.org/sites/plri.org/files/Impact%20of%20Swedish%20law_0.pdf [Consultado el 13 de abril de 2012]; Jordan, A., (2012), *The Swedish Law to Criminalize Clients: A Failed Experiment in Social Engineering,* Issue Paper 4 – abril 2012, Program on Human Trafficking and Forced Labor, Center for Human Rights & Humanitarian Law, American University–Washington College of Law. Disponible en: http://rightswork.org/wp-content/uploads/2012/04/Issue-Paper-4.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012].

162 Bay Area Sex Worker Advocacy Network – BAYSWAN, *Prostitution in Sweden*. Disponible en: http://www.bayswan.org/swed/flashback_sweden.html [Consultado el 6 marzo de 2012]..

163 Ãstergren, P., *Prostitution in Sweden*, English Summary. Disponible en: http://www.bayswan.org/swed/flashback_sweden.html [Consultado: 6 marzo 2012].

164 USAID, (2005), Office of Acquisition & Assistance, AAPD 05-04 Implementation of the United States Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria Act of 2003 - Eligibility Limitation on the Use of Funds and Opposition to Opposition to Prostitution and Sex Trafficking. Disponible en: http://transition.usaid.gov/business/business_opportunities/cib/pdf/aapd05_04.pdf [Consultado el 3 julio de 2012]; AIDS Matters, (2005), PEPFAR Rules and Restrictions. Disponible en : http://www.aidsmatters.org/archives/113-PEPFAR-Rules-and-Restrictions.html [Consultado el 3 julio de 2012]; see also, United States Leadership Against HIV/AIDS, Tuberculosis, and Malaria Act, 22 U.S.C. §§ 7601(23), 7631(e), (f).

165 ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*; Cornish F., (2006), *Challenging the Stigma of Sex Work in India: Material Context and Symbolic Change*, Journal of Community & Applied Social Psychology, 16: 462–471.

166 *Girls and Women's Protection Act 39, 1920.* Consulte Gallinetti, J., (2007), *Harmonisation of laws relating to children Swaziland,* The African Child Policy Forum, 5 noviembre 2007. Disponible en: www.africanchildforum.org. El artículo 3(1) de la Ley de Protección de Niñas y Mujeres de Swazilandia define el delito de la siguiente manera: "Todo hombre que tenga una relación carnal ilegítima con una niña menor de 16 años de edad o que cometa actos inmorales o indecentes con una niña de dicha edad, o que aborde o incite a una niña de esa edad a cometer tales actos será culpable y susceptible de ser condenado a prisión por un período que no supere los seis años, con o sin azotes, sin exceder los 24 latigazos y con o sin multa, por un monto que no sea superior a mil emalangeni, además del encarcelamiento y los latigazos mencionados." El artículo 3(3) prevé elementos de defensa ante tal acusación, uno de los cuales consiste en que al momento de cometer el delito la niña fuera prostituta. Consultar también, High Court of Swaziland, *R. v. Mbhamali*, Crim. Case No. 143/02 (2004). Disponible en: http://www.swazilii.org/files/sz/judgment/high-court/2004/176/SZHC_2004_176.pdf [Consultado el 4 julio de 2012].

167 Reza, A. et al., (2009), *Sexual Violence and its Health Consequences for Female Children in Swaziland: A Cluster Survey Study*, The Lancet, Volume 373, Issue 9679, 1966–1972; Amnesty International, (2010), Too Late, Too Little, The Failure of Law Reform for Women in Swaziland, noviembre 2010.

168 Scorgie, F. et al., *Socio-Demographic Characteristics and Behavioural Risk Factors of Female Sex Workers in Sub-Saharan Africa; A Systematic Review*, AIDS Behavior, 13 julio 2011.

169 The Foundation for AIDS Research, (2011), *Reaching key populations: a critical priority to controlling the AIDS epidemic*. Disponible en: http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/factsheetVulnerablePop04-15-2011.pdf?n=8240 [Consultado el 6 de marzo de 2012].

170 Baral, S., Beyrer, C. et al., (2012) *Burden of HIV among female sex workers in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis*, The Lancet. DOI:10.1016/S1473-3099(12), [Consultado el 15 de marzo de 2012].

171 ONUSIDA, (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic 2010;* (1999), *Sexual Behavioural Change for HIV: Where Have Theories Taken Us?*; Morris, M., (1997), *Sexual Networks and HIV*, AIDS 11: 209–216.

172 Overs, C. y Hawkins, K., (2011), *Can Rights Stop the Wrongs? Exploring the Connections Between Framings of Sex Workers' Rights and Sexual and Reproductive Health*, BMC International Health and Human Rights, 11:3; Lippman, SA. et al., (2010), *Social-environmental factors and protective sexual behavior among sex workers: the Encontros intervention in Brazil*, The American Medicine Journal of Public Health, 100: 216–223; Basu, I. et al., (2004), *HIV Prevention Amongst Sex Workers in India*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 1 julio 2004, 36(3): 845–52; PNUD, ONUSIDA, (2011), *The 'AIDS + MDGs' Approach: What is it, why does it matter and how do we take it forward?*

173 ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111215_Report-UNAIDS-Advisory-group-HIV-Sex-Work_en.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012].

174 Consulte la definición en el artículo 3 (a) de *Protocol to Prevent, Suppress and Punish Trafficking in Persons Especially Women and Children, supplementing the United Nations Convention against Transnational Organized Crime*, 2000, Resolución de la Asamblea General 55/25. Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/law/protocol-traffic.htm [Consultado el 13 de abril de 2012]. Consulte también Butcher, K., (2003), *Confusion between prostitution and sex trafficking*. The Lancet, 361: 9373; Gallagher A., (2010), *The International Law of Human Trafficking*, Cambridge University Press; Kempadoo, K. et al., (2005), *Trafficking and Prostitution Reconsidered, New Perspectives on Migration, Sex Work and Human Rights*, Paradigm Publisher.

175 ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111215_Report-UNAIDS-Advisory-group-HIV-Sex-Work_en.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012].

176 Shah, S., (2011) *Trafficking and the Conflation with Sex Work: Implications for HIV Prevention and Control,* Documento de trabajo para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; Burris, S., Overs, C., y Weait, M., (2010), *Laws and Practices that Effectively Criminalise People Living with HIV and Vulnerable to HIV*. Documento de trabajo redactado para el Primer Encuentro de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 6–7 octubre 2010. Consulte también Overs, C., (2009), *Caught Between the Tiger and the Crocodile: The Campaign to Suppress Human Trafficking and Sexual Exploitation in Cambodia*, APNSW. Disponible en: http://www.plri.org/reFuente/caught-between-tiger-and-crocodile-campaign-suppress-human-trafficking-and-sexual-exploitat.

177 Raymond, J.G., (2002), *The New UN Trafficking Protocol, Women's Studies International Forum*, Vol. 25, No. 5. Disponible en: http://www.heart-intl.net/HEART/030106/TheNewUNTrafficking.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012].

178 *United Nations Convention Against Transnational Organized Crime Protocol to Prevent, Suppress, and Punish Trafficking in Persons, Especially Women and Children, 2000*. Para el debate, consulte, por ejemplo: http://www.nikk.no/

The+Palermo+Protocol.9UFRvKYC.ips [Consultado el 7 de marzo de 2012]. Consulte también Touzenis K., (2010), *Trafficking in Human Beings, Human Rights and Transnational Criminal Law, Developments in Law and Practices*, UNESCO, Migration Studies 3. Disponible en: http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001883/188397e.pdf. [Consultado el 13 de abril de 2012].

179 Consulte por ejemplo, ONUSIDA, (2011), *The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20111215_Report-UNAIDS-Advisory-group-HIV-Sex-Work_en.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012]; Sukthankar, A., (2011), *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, julio 2011.

180 Shah, S., (2011) Trafficking and the Conflation with Sex Work: Implications for HIV Prevention and Control, Documento de trabajo para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011. Consulte también Ditmore, M., Allman, D., (2010), Implications of PEPFAR's anti-prostitution pledge for HIV prevention among organizations working with sex workers, HIV/AIDS Policy Law Review, octubre 2010, 15(1): 63-64.

181 Middleberg, M., (2006), *The Anti-Prositution Policy in the US HIV/AIDS Program*, Journal of Health and Human Rights, 9:1, 3–15. Disponible en: http://www.hhrjournal.org/archives-pdf/4065386.pdf.bannered.pdf. [Consultado el 13 de abril de 2012].

182 Consulte PEPFAR normas y restricciones disponibles en: http://www.aidsmatters.org/archives/113-PEPFAR-Rules-and-Restrictions.html [Consultado el 8 de marzo de 2012].

183 OIT, (2010), *Recommendation Concerning HIV and AIDS and the World of Work (No. 200)*. Disponible en: http://www.ilo.org/aids/lang--en/docName--WCMS_142706/index.htm [Consultado el 7 de marzo de 2012].

184 *Ibid*.

185 *New Zealand Prostitution Reform Act 2003, Part 2 Commercial Sexual Services, Sections 8 and 9*. Consultar Section 8(1)(a): *"(1)Every operator of a business of prostitution must—(a)take all reasonable steps to ensure that no commercial sexual services are provided by a sex worker unless a prophylactic sheath or other appropriate barrier is used if those services involve vaginal, anal, or oral penetration or another activity with a similar or greater risk of acquiring or transmitting sexually transmissible infections"*; consultar también Section 9(1): *"(1)A person must not provide or receive commercial sexual services unless he or she has taken all reasonable steps to ensure a prophylactic sheath or other appropriate barrier is used if those services involve vaginal, anal, or oral penetration or another activity with a similar or greater risk of acquiring or transmitting sexually transmissible infections"*. Disponible en: http://www.legislation.govt.nz/act/public/2003/0028/latest/DLM197815.html [Consultado el 16 julio de 2012].

186 El Colectivo de Prostitutas de Nueva Zelanda se asoció al gobierno recientemente. Presentación realizada por el Colectivo de Prostitutas de Nueva Zelanda, Nueva Zelanda, para el Diálogo Regional Asia-Pacífico, 16 al 17 de febrero de 2011.

187 Kenya National Commission on Human Rights, (2012), *Realising Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya: A myth or reality? – A Report of the Public Inquiry into Violations of Sexual and Reproductive Health Rights in Kenya*. Disponible en: http://www.knchr.org/Portals/0/Reports/Reproductive%20health%20report.pdf [Consultado el 15 de mayo de 2012]. En este informe, la Comisión Nacional de Kenya sobre Derechos Humanos también invitó al gobierno a despenalizar las relaciones entre el mismo sexo, págs. 22.

188 *Kylie vs. Comisión por la Conciliación, la Mediación y el Arbitraje y otros dos, Corte Laboral Sudafricana, Caso Nro.: CA10/08, 26 de mayo de 2010*. Disponible en: http://www.saflii.org/za/cases/ZALAC/2010/8.html. [26 de marzo de 2012].

189 *Bangladesh* Society for the Enforcement of Human Rights v. *Bangladesh*, 2001, 53 D.L.R. 1.

190 *Bedford v. Canada (Attorney General)*, 2010 ONCA 0814, Ont. Superior Ct. of Justice (28 septiembre 2010); Canadian HIV/AIDS Legal Network, (2010), *Canadian HIV/AIDS Legal Network Hails Decision of Ontario Court That Supports Rights of Sex Workers*, News Release; Shannon, K., (2010), *Ontario Judge Strikes Down Prostitution Laws, National Post,* 28 septiembre 2010.

191 Canada (Attorney General) v. Bedford, 2012 ONCA 186. Disponible en: http://www.ontariocourts.ca/decisions/2012/2012ONCA0186.htm [Consultado el 29 de marzo de 2012].

192 *Kylie vs. Comisión por la Conciliación, la Mediación y el Arbitraje y otros dos, Corte Laboral Sudafricana, Caso Nro.: CA10/08, 26 de mayo de 2010.* Disponible en: http://www.saflii.org/za/cases/ZALAC/2010/8.html. [26 de mayo de 2012].

193 ONUSIDA, (2011), The Report of the UNAIDS Advisory Group on HIV and Sex Work; UNAIDS, 2010 UNGASS Greece Country Report. Disponible en: http://www.unaids.org/es/dataanalysis/monitoringcountryprogress/2010progressreportssubmittedbycountries/file,33574,es..pdf [Consultado el 4 julio de 2012]; Mgbako, C., (2012), Sex Workers in Greece Face Forced HIV Testing, While Those in Malawi Fight Back, The Huffington Post. Disponible en: http://www.huffingtonpost.com/chi-mgbako/greece-forced-hiv-testing_b_1585301.html. [Consultado el 4 julio de 2012]; European Network for HIV/STI Prevention and Health Promotion among Migrant Sex Workers, (2009), Sex Work, Migration, Health: A report on the intersections of legislations and policies regarding sex work, migration and health in Europe, TAMPEP International Foundation. Disponible en: http://tampep.eu/documents/Sexworkmigrationhealth_final.pdf. [Consultado el 4 julio de 2012]; Sukthankar A., (2011), Sex Work, HIV and the Law, Working paper prepared for the Third Meeting of the Technical Advisory Group of the Global Commission on HIV and the Law, 7–-9 July 2011. Disponible en: http://hivlawcommission.org/index.php/report-working-papers?task=document.viewdoc&id=99. [Consultado el 4 julio de 2012]; citing Sullivan, B., (2010), When (Some) Prostitution is Legal: The Impact of Law Reform on Sex Work in Australia, in Journal of Law and Society, Vol. 37, No. 1, pp. 85–104.

194 Brents, B., Hausbeck, K., (2005), *Violence and Legalized Brothel Prostitution in Nevada, Examining Safety, Risk, and Prostitution Policy*, Journal of Interpersonal Violence, marzo 2005, Vol. 20, No. 3, 270–295. Consulte las leyes federales y estatales de EE.UU. sobre prostitución y castigos relacionados en el siguiente enlace: http://prostitution.procon.org/view.reFuente.php?reFuenteID=000119#3 [Consultado el 7 de marzo de 2012].

195 Erratum: In the originally published version of "Risks, Rights and Health", the following sentence was included on p. 41: "In New Zealand, sex work has recently been prosecuted under the same law that officially decriminalises it." The sentence is not accurate and has been deleted from current on-line versions of the report. (20 July 2012).

196 Sukthankar, A., *Sex Work, HIV and the Law*, Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011.

197 *Ibid.* Por ejemplo, la Contagious Diseases Act aprobada en Gran Bretaña en 1864, exigió que se realizaran exámenes médicos a todas las prostitutas que vivían y trabajaban cerca de campamentos militares, con el fin de detectar enfermedades venéreas y que se las confinara en "hospitales cerrados" para recibir tratamiento en caso de que se determinara una infección y fuera contagiosa. Un proyecto de ley presentado a la legislatura del estado de Maharashtra, India, contenía una propuesta similar, aunque más draconiana: habría exigido el registro de todas las prostitutas, con análisis de VIH obligatorio; todas las que arrojasen resultado positivo serían marcadas con un tatuaje permanente. Consulte Maharashtra Protection of Sex Workers Bill, 1994, que se encuentra en la Comisión Nacional de Derechos Humanos, India, (2000), Report of the National Conference on Human Rights and HIV/AIDS. Disponible en: http://nhrc.nic.in/Publications/report_hiv-aids.htm [Consultado el 8 de marzo de 2012].

198 *Ibid.*; Consulte también Gangoli, G., (1998), *Prostitution, Legalisation and Decriminalisation: Recent Debates*, Economic and Political Weekly, 7 marzo 1998.

199 ONUSIDA, *AIDS Epidemic Update December 2005*. Consulte también Basu I, et al., (2004), *HIV Prevention Among Sex Workers in India*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, 36:3, 845–852

200 Presentación de ACHIEVE, Filipinas, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011. Consulte también Aklilu, M. et al., (2001), *Factors associated with HIV-1 infection among sex workers of Addis Ababa*, AIDS, 15: 87–96.

201 Considere por ejemplo, el artículo 2 de la *Declaración Universal de Derechos Humanos*: "Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición" \[cursiva añadida], el artículo 2 de la *Carta Africana de Derechos Humanos y de*

los Pueblos: "Todo individuo tendrá derecho al disfrute de los derechos y libertades reconocidos y garantizados en la presente Carta sin distinción de ningún tipo, como raza, grupo étnico, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición" \[cursiva añadida] y el párrafo 20 del Informe Explicativo que acompaña el Protocolo Nro. 12 del *Convenio Europeo para la Protección de los Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales*, que especifica que la lista de causas de no discriminación que contiene el Artículo 14 del Convenio no es exhaustiva y aclara que el Tribunal Europeo de Derechos Humanos ya había aplicado el Artículo 14 con relación a la discriminación por razones no mencionadas de manera explícita en esa disposición, que incluye la orientación sexual.

202 Principio 17 (derecho al más alto nivel de salud posible); La información sobre los Principios de Yogyakarta se encuentra disponible en: www.yogyakartaprinciples.org/index.html [Consultado el 6 de marzo de 2012].

203 Beyrer, C. y Baral, SD., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with men (MSM)*, Documento de trabajo para la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley; Paoli, L. (2012*), Homofobia de estado*: *Un estudio mundial de las leyes que prohíben la actividad sexual con consentimiento entre personas adultas*, un Informe de ILGA (la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Interserxuales). Disponible en: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consultado el 16 de mayo de 2012];

204 Ferchichi, W., (2011), *Law and Homosexuality: Survey and analysis of legislation across the Arab World*, Documento de trabajo redactado para la Consulta en Oriente Medio y Africa del Norte de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 27–29 julio 2011; Consulte también Maleche, A. y Day, E., (2011), *Traditional Cultural Practices and HIV: Reconciling Culture and Human Rights*, Documento de trabajo para la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley.

205 Beyrer, C. y Baral, SD., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with men (MSM)*, Documento de trabajo para la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley; consulte también la presentación de la Alternativa Côte D'Ivoire, para el Diálogo Regional de África, 3–4 agosto 2011, en el cual un hombre de Costa de Marfil describe su arresto por ser HSH; Presentación de Abu Nawas, Argelia, para la Consulta en Oriente Medio y África del Norte, 27–29 julio 2011; Presentación de Arab Foundation for Freedoms and Equality (AFE), Líbano, para la Consulta en Oriente Medio y África del Norte, 27–29 julio 2011; Presentación de ACHIEVE, Filipinas, para el Diálogo Regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Presentación de PT Foundation, Malasia, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

206 Presentación de PT Foundation, Malasia, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

207 *Ibid.*

208 Ottosson, D., (2009), *Homofobia de estado*: *Un estudio mundial de las leyes que prohíben la actividad sexual con consentimiento entre personas adultas*, ILGA, p. 48–52.

209 UN, (2010), *Uganda: 'Anti-Homosexuality Bill' threatens fight against HIV, UN expert warns*. Disponible en: http://www.un.org/apps/news/story.asp?newsID=33552&CR=discrimination&crl [Consultado el 7 de marzo de 2012]; amfAR, (2009), *Uganda Anti-Homosexuality Bill Threatens Progress Against AIDS*. Disponible en: www.amfar.org/world/msm/article.aspx?id=8150 [Consultado el 7 de marzo de 2012].

210 USAID, (2002), *What happened in Uganda? Declining HIV prevalence, behavior change and national response*. Disponible en: http://www.unicef.org/lifeskills/files/WhatHappenedInUganda.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

211 Tamale, S., (2009), *A Human Rights Impact Assessment of the Anti-Homosexuality Bill*, Public Dialogue, noviembre 2009, Makerere University. Disponible en: http://wthrockmorton.com/wp-content/uploads/2009/11/Dr_Tamale_s_speech_at_the_public_dialogue_on_.pdf. [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Strand, C., (2011), *Kill Bill! Ugandan human rights organisations' attempts to influence the media's coverage of the Anti-Homosexuality Bill*, Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care, Vol. 13, Issue 8. Bill still pending before Parliament, consultar: http://www.rnw.nl/africa/article/being-out-outside-uganda-any-easier (consultado el 16 julio de 2012).

212 The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF), (2010), *Reaching Men Who Have Sex With Men (MSM) In the Global HIV & AIDS Epidemic: A Policy Brief*. Disponible en:

http://www.msmgf.org/files/msmgf/Advocacy/MSMGF_ReachingMSMlowres.pdf [Consultado el 7 julio de 2012].

213 Abu-Raddad, L. et al., (2010), *Characterizing the HIV/AIDS epidemic in the Middle East and North Africa: time for strategic action*, The World Bank. Disponible en: http://www-wds.worldbank.org/external/default/WDSContentServer/WDSP/IB/2010/06/04/000333038_20100604011533/Rendered/PDF/548890PUB0EPI11C10DisIosed061312010.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

214 Consulte, por ejemplo, ONUSIDA, (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic 2010*, Chapter 2 Epidemic Update. Disponible en: http://www.unaids.org/documents/20101123_GlobalReport_Chap2_em.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012]; amfAR Aids Research, (2008), *MSM, HIV, and the Road to Universal Access—How Far Have We Come?* Disponible en: http://www.amfar.org/uploadedFiles/In_the_Community/Publications/MSM%20HIV%20and%20the%20Road%20to%20Universal%20Access.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Mumtaz, G. et al., (2011), *Are HIV epidemics among men who have sex with men emerging in the Middle East and North Africa?: a systematic review and data synthesis*, PLoS Medicine 8(8): e1000444. Disponible en: http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000444 [Consultado el 7 de marzo de 2012].

215 ONUSIDA, (2008), *Global Report on the AIDS Epidemic 2008*. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1511_gr08_executivesummary_en.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012]; ONUSIDA, (2008), *Keeping Score II: A Progress Report towards Universal Access to HIV Prevention, Treatment, Care and Support in the Caribbean*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/report/2008/20081206_keepingscoreii_en.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

216 ONUSIDA, (2009), *Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*, Action Framework. Disponible en http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

217 Hart, G. y Elford, J., (2010), *Sexual risk behaviour of men who have sex with men: emerging patterns and new challenges*, Current Opinion in Infectious Diseases 23(1), p.39-44; Consulte también Dowsett, GW., Grierson, JW., y McNally, SP., (2006), *A Review of Knowledge about the Sexual Networks and Behaviours of Men who have Sex with Men in Asia*, Australian Research Centre in Sex, Health and Society La Trobe University, Melbourne, Australia, Monograph Series Number 59; Para América Latina, Cáceres, C. et al., *Epidemiology of male same-sex behaviours and associated sexual health indicators in LMIC: 2003-2007 estimates*, Sexually Transmitted Infections 84(1), BMJ Publishing Group, pp. i49-i56.

218 Beyrer, C. et al., (2011), *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men (MSM),* The World Bank. Disponible en: http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387269 [Consultado el 7 de marzo de 2012]; ONUSIDA, PNUD, (2009), *UNAIDS Action Framework: Universal Access for Men who have Sex with Men and Transgender People*. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1720_action_framework_msm_en.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012].

219 Wilson, P. et al., (2011), *Access to HIV Prevention Services and Attitudes about Emerging Strategies: A Global Survey of Men Who Have Sex with Men (MSM) and their Health Care Providers*, The Global Forum on MSM & HIV (MSMGF). Disponible en: http://www.msmgf.org/files/msmgf//Publications/GlobalSurveyReport.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

220 Poteat, T. et al., (2011), *HIV Risk among MSM in Senegal: A Qualitative Rapid Assessment of the Impact of Enforcing Laws That Criminalize Same Sex Practices*, PloS ONE 6(12): e28760. Disponible en: http://www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0028760[Consultado el 7 de marzo de 2012].

221 *Secretary-General's video message to Human Rights Council meeting on Violence and Discrimination based on Sexual Orientation or Gender Identity,* Ginebra, Suiza, 7 marzo 2012. Disponible en: http://www.un.org/sg/statements/?nid=5900 [Consultado el 24 de abril de 2012].

222 Considere la ley presentada en Uganda *Anti Homosexuality Bill* que propuso el enjuiciamiento de todo aquel que omitiera informar a las autoridades acerca de una persona conocida como homosexual: BBC News, (2011), *Uganda anti-gay bill 'shelved by parliament'*. Disponible en: http://www.bbc.co.uk/news/world-africa-13392723 [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Consulte también

Human Rights Watch, (2004), *Hated to death: homophobia, violence and Jamaica's HIV/AIDS epidemic*, 2004, Vol. 16 (6), p. 14. Disponible en: http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/jamaica1104.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

223 Johnson, A., (2007), *Off the Map: How HIV/AIDS Programming is Failing Same-sex Practicing People in Africa*, IGLHRC, págs. 57–58; Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) and Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM), p. 9.; Arreola, S. et al., (2010), *In Our Own Words: Preferences, Values, and Perspectives on HIV Prevention and Treatment: A Civil Society Consultation with MSM & Transgender People*, Global Forum on MSM and HIV (MSMGF) y OMS, p. 10.

224 Beyrer, C. y Baral, SD., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with men (MSM)*, Documento de trabajo para la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley.

225 Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM), p. 4; Tejada, V. y Tristán, E., (2008), *Shadow Report for the Human Rights Committee submitted in conjunction with Panama's* (Third Periodic) Report, Asociación Hombres y Mujeres Nuevos de Panamá, IGLHRC, p. 6; ONUSIDA, IPU, y PNUD, (2007), *Taking action against HIV and AIDS: A handbook for parliamentarians*, pp. 171–173.

226 Presentación de YahiaZaidi, Abu Nawas, Argelia, para la Consulta en OMNA (Oriente Medio y Norte de África), 27–29 julio 2011.

227 *Hong Kong (Secretario de Justicia) c. Yau Yuk Lung y Lee KamChuen*, 10 HKCFAR 335, H.K. Trib. de Apelaciones, 17 julio 2007.

228 *Leung c. Hong Kong (Secretario de Justicia)*, 4 HKLRD 211, H.K. Trib. de Apelaciones, 20 septiembre 2006.

229 *Nadan y McCoskar c. State, HAA0085 & 86 OF 2005, Corte Sup. de Fiji., 26 agosto 2005*.

230 *Romer c. Evans*, 116 Corte Sup. 1620, (1996).

231 Lawrence c. Texas, 123 Corte Sup. 2472, (2003).

232 Beyrer, C. y Baral, SD., (2011), *MSM, HIV and the Law: The Case of Gay, Bisexual and other men who have sex with men (MSM)*, Documento de trabajo para la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley; consulte también la presentación de Djamil, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011 y la presentación de APUVIMEH, para el diálogo regional en América Latina, 26–27 junio 2011.

233 Ministère de la Santé Publique, (2012), *Plan stratégique national de la riposte au VIH/sida et aux IST (2012–2016),* Tunisie, p. 31. Disponible en: http://www.ccm-tunisie.rns.tn/oportinite/contrat/document4.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012].

234 The Jakarta Post, (2008), *Islam 'recognizes Homosexuality'*, 28 marzo 2008. Disponible en: http://www.thejakartapost.com/news/2008/03/27/islam-039recognizes-homosexuality039.html [Consultado el 24 de abril de 2012]. Consulte también del Prof. Dr. SitiMusdahMulia, (2009), *Understanding LGBT issues in Islam – Promoting the appreciation of human dignity*, 2nd CSBR Sexuality Institute – 11–18 septiembre 2009, Estambul. Disponible en: http://www.bekhsoos.com/web/wp-content/uploads/2009/09/Homosexuality-and-Islam.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]. Para conocer más posiciones de los académicos musulmanes sobre la homosexualidad, consulte Samar Habib, (2009), *Islam and Homosexuality* (in two volumes). Santa Barbara, Denver, Oxford: Praeger.

235 *Ibid.* Consulte también UN, (2010), *Universal decriminalisation of homosexuality a human rights imperative—Ban*. Disponible en: http://www.un.org/apps/news/story.asp?NewsID=37026 [Consultado el 7 de marzo de 2012]

236 Commission on AIDS in Asia, (2008), *Redefining AIDS in Asia*: *Crafting an Effective Response*, Nueva Delhi, Oxford University Press, p. 203.

237 Grover, A., (2010), *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*, UN Human Rights Council 14° sesión del Consejo de Derechos Humanos de la ONU, promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, entre ellos, el derecho al desarrollo, UN Doc. A/HRC/14/20.

238 Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, y ONUSIDA, (2006), *In-*

ternational Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights, Consolidated Version. Disponible en: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf[Consultado el 7 de marzo de 2012].

239 Ottosson, D., (2009), *Homofobia de estado*: *Un estudio mundial de las leyes que prohíben la actividad sexual con consentimiento entre personas adultas*, ILGA, pág. 50-52. Toonen c. Australia, (1994), Comunicación No. 488/1992, U.N. Doc CCPR/C/50/D/488/1992. Disponible en: http://www.humanrights.gov.au/education/hr_explained/case_studies.html [Consultado el 7 de marzo de 2012].

240 Código Penal de Belice Capítulo 101, Edición Revisada 2000. Disponible en: http://www.belizelaw.org/lawadmin/PDF%20files/cap101.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

241 *Naz Foundation v. Government of NCT of New Delhi and Others*, WP(C) No. 7455/2001. Disponible en http://www.nazindia.org/judgement_377.pdf. [Consultado 12 Junio 2012]. Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*. PNUD/APCOM.

242 Aids Free World, (2011), *Q&A: AIDS-Free World's challenge of Jamaica's Anti-Gay Law*. Disponible en: http://www.aidsfreeworld.org/Our-Issues/Homophobia/Q-and-A-AIDS-Free-Worlds-Challenge-of-Jamaica-Anti-Gay-Law.aspx [Consultado el 7 de marzo de 2012].

243 Hillary Rodham Clinton, Secretaria de Estado de Estados Unidos, (2011), *Remarks in Recognition of International Human Rights Day*. Disponible en http://www.state.gov/secretary/rm/2011/12/178368.htm. [Consultado el 7 de marzo de 2012].

244 Global Rights, et al., (2010), *Violations of the Rights of Lesbian, Gay, Bisexual, and Transgender Persons in Mexico: A Shadow Report*. Disponible en: http://www.globalrights.org/site/DocServer/LGBT_ICCPR_Shadow_Report_Mexico.pdf?docID=11184 [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Sanders, D., (2009), Transgender Rights, Asia and Pacific Transgender Network Development Conference, Bangkok, Thailand, December 13–16, 2009. Disponible en: http://ilga.org/ilga/en/article/mdO32ZR1AY. [Consultado el 13 de julio de 2012]; ILGA, (2011), Malaysian transexual fights for rights. Disponible en: http://ilga.org/ilga/en/article/mNnGOmm1cU. [Consultado el 13 de julio de 2012].

245 Por ejemplo, Australia, Nueva Zelanda e India, disponible en: http://thenewcivilrightsmovement.com/transgender-dont-try-to-board-a-plane-in-canada/politics/2012/02/02/33945 [Consultado el 7 de marzo de 2012 En algunos lugares es legal el cambio de sexo en documentos oficiales, pero no se ejecuta la ley. En Pakistán por ejemplo, un tribunal dispuso que se emitieran documentos de identidad apropiados para las personas transgénero, pero esta resolución no se ha puesto en vigor. Disponible en: http://www.hrw.org/news/2012/01/14/sweden-letter-prime-minister-regarding-transgender-law [Consultado el 7 de marzo de 2012].

246 Presentación de Aung Min Thein Purple Sky Network, Subregión del Gran Mekong de Asia Sudoriental, para el Diálogo Regional Asia Pacífico, 16–17 febrero 2011.

247 Artículo 153 (1) (xlvii), Summary Jurisdiction (Offences) Act, Capítulo 8:02.

248 Art. 198, Codígo Penal Kuwaiti, No. 16 of 1960, disponible en Human Rights Watch, (2012), *They Hunt Us Down for Fun*, p. 4.

249 *Ibid.*

250 Presentaciones de Valentina Riascos Sanchez, Santamaría Fundación, Colombia, para el diálogo regional en América Latina, 26–27 de junio de 2011.

251 Presentación de Society Against Sexual Orientation Discrimination (SASOD), Guayana, para el diálogo regional en el Caribe, 12–13 abril 2011.

252 Paoli, L. (2012), *Homofobia de estado*: *Un estudio mundial de las leyes que prohíben la actividad sexual con consentimiento entre personas adultas,* un informe de ILGA (la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Interserxuales). Disponible en: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consultado el 16 de mayo de 2012]; Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y Asia Pacific Coalition on Male Sexual Health (APCOM).

253 Consulte, por ejemplo, presentaciones de Red Initiative, Trinidad and Tobago and University of Ontario, Int. Technology, Canadá, para el diálogo regional en el Caribe, 12–13 abril 2011; Presentaciones de PT Foundation, Malasia, Pacific Islands AIDS Foundation, Fiji, Ravudi, Fiji y

Space, India, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Presentaciones de Santamaria Fundacian, Columbia, Redlactrans, Argentina, Asociation Penamena de Personas TRANS, Panamá y OTRAVS, Guatemala, para el diálogo regional en América Latina, 26–27 junio 2011; Presentación de DynamiX, Sudáfrica, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011; Brendan Michael Connor, Streetwise and Safe, para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 septiembre 2011.

254 Presentación de TaysaFernandes, Ángel Azul, Honduras, para el diálogo regional en América Latina, 26–27 junio 2011.

255 PNUD, (2011), *Towards Universal access Examples of Municipal HIV Programming for Men who have sex with Men and Transgender People in Six Asian Cities*. Disponible en: http://www.snap-undp.org/elibrary/Publication.aspx?id=535 [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Consulte también, presentación de Sangama, India y SPACE, India, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

256 Submission from Cecilia Chung, USA, to the High Income Countries Dialogue, 16–17 September 2011; Grant, J.M. et al., (2011), *Injustice at Every Turn: A Report of the National Transgender Discrimination Survey*, Washington: National Center for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, 72. Disponible en: http://www.transequality.org/PDFs/NTDS_Report.pdf [Consultado el 7 julio de 2012].

257 Consulte, por ejemplo, la presentación de Transgender Sex Workers Cape Town, Sudáfrica, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011; Consulte otro ejemplo de una experiencia similar en Asia, Presentación de Ravudi, Fiji, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 6-17 febrero 2011.

258 Haas, AP. et al., (2011), *Suicide and suicide risk in lesbian, gay, bisexual, and transgender populations: Review and Recommendations,* Journal of Homosexuality, 58(1), 10–51; American Foundation for Suicide Prevention, (2011), *Preventing Suicidal Behavior in LGBT Individuals*, Public Policy Issue Brief.

259 "Minorías sexuales" se refiere a las personas que se identifican entre sí principalmente por sus preferencias sexuales y las comunidades de las personas que buscan placeres similares"Minorías de género" son las personas que se sienten más cómodas viviendo según roles o apariencias sociales que no coinciden con los asignados a sus cuerpos biológicos convencionalmente; es posible que en realidad no se identifiquen como hombres o mujeres.

260 National Centre for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, (2009), *National Transgender Discrimination Survey*, found in Beyrer, C. et al, (2011), *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men (MSM),* The World Bank. Disponible en: http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387269 [Consultado el 7 de marzo de 2012].

261 Argentina aprueba la ley de identidad de género, reconoce la cirugía para la reasignación de sexo en un bien jurídico. Disponible en: http://ilga.org/ilga/en/article/nx0WWQ81Ot [Consultado el 15 de mayo de 2012]; Paoli, L. (2012), *State-sponsored Homophobia: A world survey of laws criminalising same-sex sexual acts between consenting adults*, un informe ILGA (la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Interserxuales). Disponible en: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consultado el 16 de mayo de 2012].

262 *Ley No 18.620, 2009. Derecho a la Identidad de Genero y al Cambio de Nombre y Sexo en Documentos Identificatorios, 2009*, D.O 17 Nov/009 – No 27858. Disponible en: http://www0.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18620&Anchor [Consultado el 10 de abril de 2012]. Consulte también AWID, (2009), *Uruguay Approves Sex Change Bill.* Disponible en: http://www.awid.org/Library/Uruguay-approves-sex-change-bill [Consultado el 10 de abril de 2012].

263 Godwin, J., (2010), *Legal Environment, Human Rights and HIV Responses Among Men Who Have Sex With Men and Transgender People in Asia and the Pacific, An Agenda for Action*, PNUD, APCOM, Bangkok, Tailandia. Consulte también la Oficina de Pasaportes de India en http://www.passportindia.gov.in/AppOnlineProject/online/chanParticular#. [Consultado el 26 de abril del 2012]. Deshpande S., (2005), *Passport Office Takes Note of Sex Change*, The Times of India, Mumbai. Disponible en: http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2005-11-10/mumbai/27860904_1_passport-office-new-passport-change-operation. [Consultado el 26 de abril del 2012]

264 *Ley no. 7/2011, 15 marzo 2011, Cria o procedimento de mudanca de sexo e de nome proprio no registo ci-*

vil e procede a decima setima alteracao ao Codigo do Registo Civil. Disponible en: http://dre.pt/pdf1sdip/2011/03/05200/0145001451.pdf [Consultado el 25 de abril del 2012]. Consulte también TGEU, (2011), *Portugal Adopts Trans Law, 8 days for Legal Gender Recognition*. Disponible en: http://www.tgeu.org/PR_Portuese_Trans_Law [Consultado el 10 de abril del 2012].

265 National Centre for Transgender Equality and National Gay and Lesbian Task Force, (2009), *National Transgender Discrimination Survey*, found in Beyrer, C. et al, (2011), *The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men (MSM),* The World Bank. Disponible en: http://issuu.com/world.bank.publications/docs/9780821387269 [Consultado el 7 de marzo de 2012].

266 Paoli, L. (2012), *Homofobia de estado*: *Un estudio mundial de las leyes que prohíben la actividad sexual con consentimiento entre personas adultas*, un informe ILGA (la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Interserxuales). Disponible en: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consultado el 16 de mayo de 2012]. Consulte también Godwin, J., (2010) *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An agenda for action*, PNUD, Bangkok, Tailandia.

267 Beyrer, C. et al., (2011), *Expanding the Space: Inclusion of Most-at-Risk Populations in HIV Prevention, Treatment, and Care Services*, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, Volume 57, 96–99.

268 Paoli, L. (2012), *Homofobia de estado*: *Un estudio mundial de las leyes que prohíben la actividad sexual con consentimiento entre personas adultas*, un informe ILGA (la Asociación Internacional de Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans e Interserxuales). Disponible en: http://old.ilga.org/Statehomophobia/ILGA_State_Sponsored_Homophobia_2012.pdf [Consultado el 16 de mayo de 2012].

269 *Sunil Babu Pant and others v. Nepal Government and others* [2008] 2 NJA L.J. 261-286; National Judicial Academy (NJA), Nepal, 2010, *The landmark decisions of the Supreme court, Nepal on Gender Justice*. Disponible en: http://www.njanepal.org.np/index.php?option=com_rokdownloads&view=file&task=download&id=64%3A-the-landmark-decisions-of-the-supreme-court-nepal-on-gender-justice&Itemid=159 [Consultado el 28 de marzo de 2012]; Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An Agenda for action,* PNUD. Disponible en: http://regionalcentrebangkok.undp.or.th/practices/hivaids/documents/874_UNDP_final.pdf [Consultado el 28 de marzo de 2012]; PNUD, *Nepal census recognizes third gender for the first time*. Disponible en: http://www.beta.undp.org/undp/en/home/ourwork/hiv-aids/successstories/Nepal_third_gender_census_recognition.html [Consultado el 28 de marzo de 2012.

270 Godwin, J., (2010), *Legal environments, human rights and HIV responses among men who have sex with men and transgender people in Asia and the Pacific: An Agenda for action,* PNUD. Disponible en: http://regionalcentrebangkok.undp.or.th/practices/hivaids/documents/874_UNDP_final.pdf [Consultado el 28 de marzo de 2012]; Katyal, Sonia, (2010), *The Dissident Citizen,* UCLA Law Review, Vol. 57, p. 1415, 2010; Fordham Law Legal Studies Research Paper No. 1547148. Disponible en SSRN: http://ssrn.com/abstract=1547148 [Consultado el 24 de abril de 2012]; Redding, Jeff, (2011), *From 'She-Males' to 'Unix': Transgender Rights in Pakistan and the Criminal Law Origins of a Constitutional Case*. Disponible en SSRN: http://ssrn.com/abstract=1905070 [Consultado el 24 de abril de 2012].

271 UNOCD, *Prison Settings*. Disponible en: http://www.unodc.org/southernafrica/en/hiv/prison-settings.html [Consultado el 6 de marzo de 2012].

272 ICPS, *Entire world - Prison Population Rates per 100,000 of the national population*. Disponible en: http://www.prisonstudies.org/info/worldbrief/wpb_stats.php?area=all&category=wb_poprate [Consultado el 6 de marzo de 2012].

273 Goyer, KC., (2003), *HIV/AIDS in Prison, Problems, Policies and Potential*, Institute for Security Studies Monographs, p.103.

274 International HIV/AIDS Alliance and Commonwealth HIV and AIDS Action Group, (2010), *Enabling legal environments for effective HIV responses: A leadership challenge for the Commonwealth*. Disponible en: http://www.hivpolicy.org/Library/HPP001810.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

275 *Ibid.*

276 UNODC, UNAIDS, (2007), *HIV and Prisons in sub-Saharan Africa: Opportunities for Action, Joint report by ACTAfri-*

caWorld Bank, UNAIDS & UNODC assisted by WHO/AFRO, 7. Disponible en: http://www.unodc.org/documents/hiv-aids/Africa%20HIV_Prison_Paper_Oct-23-07-en.pdf. [Consultado el 7 julio de 2012].

277 Lines, R., (2008), *The right to health of prisoners in international law*, International Journal of Prisoner Health 4(1), p.6.; Goyer, KC., 2003, supra. Consulte también, por ejemplo, los numerosos casos que han reconocido el impacto de las instalaciones penitenciarias en el riesgo a contraer el VIH al que se enfrentan los prisioneros, tales como *S v Magida*, Case No. 515/2004. Disponible en: http://www.saflii.org/za/cases/ZASCA/2005/68.html [Consultado el 6 de marzo de 2012]; and *EN and Others v Government of the Republic of South Africa*, Case No. 4576/2006. Disponible en: http://www.beatit.co.za/media/PDFs/EN%20and%20Others%20v%20Government%20of%20the%20RSA.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

278 *Ibid*. En *EN and Others* el tribunal se refirió a la vulnerabilidad especial de los prisioneros con VIH. El juez citó dos ejemplos específicos de la manera en que aumenta la vulnerabilidad de los prisioneros ante el VIH: en primer lugar, están a merced de los funcionarios penitenciarios que tienen la obligación de realizar el transporte o facilitar el acceso a las clínicas de tratamiento correspondientes y, en segundo lugar, no todos los servicios que se ofrecen a las personas en la comunidad, por ejemplo las visitas al hogar, pueden brindarse a los prisioneros.

279 Johnson, R. y Raphael, S., (2006), *The Effects of Male Incarceration Dynamics on AIDS Infection Rates among African American Women and Men*, Working Paper 22, National Poverty Center, University of Michigan. Disponible en: http://www.npc.umich.edu/publications/workingpaper06/paper22/working_paper06-22.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

280 Csete, J., (2010), *Consequences of Injustice: Pre-trial Detention and Health*, International Journal of Prisoner Health 6(2), pp. 47–58; Jürgens, R. y Tomasini-Joshi, T., (2010), *Editorial*, International Journal of Prisoner Health 6(2), pp. 45–46; Jürgens, R. y Betteridge, G., (2005), *Prisoners who inject drugs: Public health and human rights imperatives*, Health and Human Rights 8(2), p. 54.

281 Basic Principles for the Treatment of Prisoners, (1990), U.N. G.A. Res. 45/111, anexo, 45 U.N. GAOR Supágs. (No. 49A) en 200, U.N. Doc A/45/49.

282 Artículo 10, Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos. Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/law/ccpr.htm [Consultado el 24 de abril de 2012].

283 Este "principio de equivalencia" goza de un amplio consenso entre los instrumentos y las organizaciones internacionales relativas a salud y derechos humanos. Consulte, por ejemplo, Basic Principles for the Treatment of Prisoners (1990), supra; World Health Organization, (1993), *Guidelines on HIV Infection and AIDS in Prisons*; UN Office on Drugs and Crime, World Health Organization y ONUSIDA, (2006), *HIV/AIDS Prevention, Care, Treatment and Support in Prison Settings: A Framework for an Effective National Response*; Council Of Europe Committee Of Ministers Recommendation of the Committee of Ministers to member states on the European Prison Rules (adoptada el 11 de enero de 2006).

284 Consulte por ejemplo, con referencia al Art. 3 de la *Convención Europea sobre Derechos Humanos*, Akandji, JF., (2007), *Positive Obligations under the European Convention on Human Rights,* Human Rights Handbook Nr. 7, Council of Europe. Disponible en: http://echr.coe.int/NR/rdonlyres/1B521F61-A636-43F5-AD56-5F26D46A4F55/0/DG2ENHRHAND072007.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Lines, R., (2007), *Injecting Reason: Prison Syringe Exchange and Article 3 of the European Convention on Human Rights*. Disponible en: http://www.humanrightsanddrugs.org/wp-content/uploads/2009/09/Injecting-Reason-R-Lines.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012]; Elliott, R., (2011), *Treatment or Torture? Applying International Human Rights Standards to Drug Detention Centers, Open Society Foundations.* Disponible en: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/ihrd/articles_publications/treatment-or-torture-20110624.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012].

285 Presentación de Thai AIDS Action Group, Tailandia, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

286 Human Rights Watch, (2006), *HIV/AIDS in Prisons*, Nueva York, EUA; Consulte también UNODC, ONUSIDA (2008), *Women and HIV in Prison Settings*, Ginebra, Suiza; UNODC, ONUSIDA, (2007), *HIV and Prisons in Sub-Saharan Africa, Geneva, Switzerland*; *and Eurasian Harm Reduction Network*, Disponible en: http://www.harm-reduction.org/prisons/advocacy-and-policy.html [Consultado el 6 de

marzo de 2012] donde se advierte, por ejemplo, que a causa del encarcelamiento se interrumpen con frecuencia los tratamientos para combatir el VIH, la tuberculosis y la farmacodependencia. Consulte en general, Lines, R., (2008), *The Right to Health of Prisoners in International Human Rights Law*, International Journal of Prisoner Health 4(1), p. 3–53.

287 AIDS and Rights Alliance of Southern Africa, (2009), *HIV/AIDS and Human Rights in Southern Africa*. Disponible en: http://www.safaids.net/files/ARASA_Human_rights_report_2009.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

288 *Ibid*.

289 Jurgens, R., Lines, R. y Cook, C., (2010), *Out of sight, out of mind? Harm reduction in prisons and other places of detention*, in Cook, C., (2010), *Global State of Harm Reduction: Key issues for broadening the response*, International Harm Reduction Association.

290 OMS/Europe, (2005), *Status Paper on Prisons, Drugs, and Harm Reduction*, Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/78549/E85877.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

291 Martin, V. et al., (1998), *Predictive Factors of HIV infection in Injection Drug Users Upon Incarceration*, European Journal of Epidemiology 14(4), p. 327–331.

292 Jürgens, R., Ball, A., y Verster, A., (2009), *Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison*, The Lancet infectious diseases 9(1). Disponible en: http://www.who.int/hiv/topics/idu/InterventionsReduceHIVIDUinPrisons.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

293 Harm Reduction International, (2010), *Global State of Harm Reduction*. Disponible en: http://www.ihra.net/international-response [Consultado el 6 de marzo de 2012].

294 Jürgens, R., Ball, A., y Verster, A., (2009), *Interventions to reduce HIV transmission related to injecting drug use in prison*, The Lancet infectious diseases 9(1). Disponible en: http://www.who.int/hiv/topics/idu/InterventionsReduceHIVIDUinPrisons.pdf[Consultado el 6 de marzo de 2012].

295 Ministro de Justicia de la República de Moldova, en el Diálogo Regional de Europa Oriental y Asia Central, 18–19 mayo 2011.

296 *Strykiwsky v. Mills and Canada*, Court File No. T-389-00 (2000).

297 OIM, (2010), *World Migration Report 2010,The Future of Migration: Building Capacities for Change*, OIM, Ginebra, Suiza; UN DESA, (2010), *World Population Policies 2009*, UN DESA, Nueva York ; UN DESA, (2009) *Trends in total migrant stock: 2008 revision*, UN DESA, Nueva York ; PNUD, (2009), *Human Development Report 2009, Overcoming barriers: Human mobility and development*, PNUD.

298 ONUSIDA, OIM, OIT, (2008), *HIV and International Labour Migration: Policy Brief, Ginebra, Suiza*.

299 *Ibid.* Consulte también Centre for Disease Control and Prevention, (2010), *Estimated lifetime risk for Diagnosis of HIV Infection amongst Hispanics/Latinos—37 states and Puerto Rico*, 15 octubre 2010, 59(40): 1297–1301; PNUD, (2004), *Migration and HIV: Vulnerability Assessment among Foreign Migrants in South Korea*, UNDP Report, Corea del Sur. Consulte también, por ejemplo, la presentación de Palitha Vijayabandara, Sri Lanka, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011 que declaró "Si bien los trabajadores migratorios siempre son vulnerables, ser VIH positivo, ser mujer o integrante de una minoría sexual, aumenta la vulnerabilidad".

300 Centre for Disease Control and Prevention, (2010), *Estimated lifetime risk for Diagnosis of HIV Infection amongst Hispanics/Latinos—37 states and Porto Rico*, 15 octubre 2010, 59(40): 1297–1301; Consulte también, por ejemplo, un estudio de Sudáfrica sobre mujeres que vivían en Carletonville, cuyos resultados demostraron que la tasa de infección del VIH fue de 46,0% entre las migratorias y 34,7% entre las no migratorias, Zuma, K., Gouws, E., Williama, B., and Lurie, M., (2003) *Risk factors for HIV-infection among women in Carletonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases,* International Journal of STD and AIDS, Vol. 14, 814–817. Asimismo, un estudio realizado en la República Dominicana demostró que las mujeres migratorias tenían un perfil de riesgo similar al de las trabajadoras sexuales, Brewer, T., et al., (1998) *Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations,* AIDS, Vol. 12, 879–1887.

301 ONUSIDA, OIM, OIT, (2008), *HIV and International Labour Migration: Policy Brief*, Ginebra, Suiza; Zuma K., Gouws E., Williama B. y Lurie M., (2003), *Risk factors for HIV-infection among women in Carletonville, South Africa: migration, demography and sexually transmitted diseases,* International Journal of STD and AIDS, Vol. 14, 814–817. Brewer

T., et al., (1998) *Migration, ethnicity and environment: HIV risk factors for women on the sugar cane plantations,* AIDS, Vol. 12, 879–1887 En el estudio de Carletonville, los autores sugirieron que las mujeres migratorias tenían una gran cantidad de relaciones sexuales por motivos económicos, lo cual incrementaba su riesgo de contraer la infección del VIH. Consulte también, PNUD, (2008), *HIV Vulnerabilities Faced by Women Migrants: From Asia to the Arab States, From Silence, Stigma and Shame to Safe Mobility with Dignity, Equity and Justice*, PNUD.

302 ONUSIDA, OIM, OIT (2008), *HIV and International Labour Migration: Policy Brief*, *Ginebra, Suiza*.

303 Comunicación personal del Comisionado Jon Ungphakorn, 22 noviembre 2011 con respecto a la situación en Tailandia y consulte por ejemplo, Human Rights Watch, (2007), *Chronic Indifference: HIV/AIDS Services for Immigrants detained by the United States*, Vol. 10, Nueva York, EE.UU., que describe la falta de acceso al tratamiento para el VIH en las personas detenidas en los centros de inmigración de EE.UU.

304 Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966); Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR) (1966); Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979); Convención sobre los Derechos del Niño (1989) y su Protocolo opcional (2000); y el Protocolo para prevenir, reprimir y sancionar la trata de personas de las Naciones Unidas (2000). El Artículo 12 del ICESCR refleja el derecho humano al más alto nivel de salud posible, al que se hace referencia aquí como "derecho a la salud". Consulte también la Declaración de la Organización Internacional del Trabajo, (1998), relativa a los principios y derechos fundamentales en el trabajo; la Convención relativa a la lucha contra las discriminaciones en la esfera de la enseñanza UNESCO, (1960), El artículo 1 define la discriminación como "toda distinción, exclusión, limitación o preferencia, fundada en la raza, la posición económica o el nacimiento, que tenga por finalidad o por efecto destruir o alterar la igualdad de trato en la esfera de la enseñanza".

305 Artículo 12 (1) *Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos* (1966)*: "*Toda persona que se halle legalmente en el territorio de un Estado tendrá derecho a circular libremente por él y a escoger libremente en él su residencia". Consulte también el Artículo 13 de la *Declaración Universal de los Derechos Humanos,* 10 de diciembre de 1948.

306 Consulte también los principios y normas establecidos en los instrumentos pertinentes elaborados dentro del marco de la Organización Internacional del Trabajo, especialmente el *Convenio sobre los trabajadores migrantes*, No. 97 adoptado en 1949 y el *Convenio sobre las migraciones en condiciones abusivas y la promoción de la igualdad de oportunidades y de trato de los trabajadores migrantes*, No 143 adoptada en 1975.

307 *Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares, A.G.* 45° sesión del 18 de diciembre de 1990, A/RES/45/158.

308 Consulte, por ejemplo, comunicación personal, Comisionado Jon Ungphakorn, *supra*. Consulte también la presentación de Space Allies, Japón, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011 donde describen cómo los ciudadanos que no son de origen japonés y no poseen residencia permanente son excluidos del sistema nacional de salud.

309 En el Diálogo Regional Africano se informó que se suministran ARV sólo a los prisioneros originarios de Botswana, Informe del Diálogo Regional Africano, 3–4 agosto 2011, Pretoria, Sudáfrica.

310 Medical Justice, (2011), *Detained and Denied, The Clinical Care of Immigration Detainees Living with HIV,* Disponible en http://www.medicaljustice.org.uk/images/stories/reports/d%26d.pdf. [Consultado el 3 de abril de 2012]. National Aids Trust, (2011), *Failures of HIV Treatment in Immigration Removal Centres are Inexcusable*, marzo 2011. Disponible en:http://www.nat.org.uk/News-and-Media/Press-Releases/2011/March/Medical%20Justice.aspx. [Consultado el 3 de abril de 2012]. Presentación especializada de la African Health Policy Network para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011.

311 National Aids Trust, (2012), *NAT comments on the Government's commitment to give free HIV treatment in England to all those who need it*, Press releases, febrero 2012. Disponible en: http://www.nat.org.uk/News-and-Media/Press-Releases/2012/Febrero/Charging%20amendment.aspx [Consultado el 29 de marzo de 2012]; Migrants' Rights Network, (2012), HIV treatment to be free for undocumented migrants an non-UK citizens, 5 marzo 2012. Disponible en: http://www.migrantsrights.

org.uk/news/2012/hiv-treatment-be-free-undocumented-migrants-and-non-uk-citizens [Consultado el 29 de marzo de 2012].

312 ONUSIDA (2011), *HIV-related restrictions on entry, stay and residence*, UNAIDS Human Rights and Law Team, junio 2011, http://www.unaids.org/en/targetsandcommitments/eliminatingtravelrestrictions/ [Consultado el 10 de enero de 2012]. A noviembre de 2011, 47 países, territorios y zonas seguían imponiendo restricciones discriminatorias al ingreso, la permanencia o la residencia de las personas que viven con el VIH: Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration,* A/66/757. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado el 1 de mayo de 2012].

313 *Ibid.* Consulte también la presentación de European AIDS Treatment Group and Deutsche AIDS-Hilfe para el diálogo regional en Europa del Este y Asia Central, 18–19 mayo 2011.

314 Presentación de David Haerry and Peter Wiessner, Global Database on HIV-specific Entry and Residence Restrictions, Alemania, para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 septiembre 2011.

315 *Ibid.* ONUSIDA, (2009), *The Impact of HIV-related Restrictions on Entry, Stay and Residence: Personal Narratives*, ONUSIDA, Ginebra, Suiza; ONUSIDA, (2008), *Report of the international task team on HIV-related travel restrictions, Findings and Recommendations*, ONUSIDA, *Ginebra, Suiza*.

316 Consulte http://hivtravel.org/Default.aspx?pageId=150. Consulte también UNAIDS Press Release (2010), *UNAIDS salutes country leadership to eliminate HIV-related restrictions on entry, stay and residence*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/reFuentes/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2010/julio/20100720prtravelrestrictions/. [Consultado el 3 de abril de 2012]; UNAIDS Press Statement, (2011), *Armenia Lifts Travel Ban for People Living with HIV*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/reFuentes/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/julio/20110715psarmenia/. [Consultado el 3 de abril de 2012]; UNAIDS Press Statement, (2011), *Fiji Lifts Travel Ban for People Living with HIV*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/reFuentes/presscentre/pressreleaseandstatementarchive/2011/agosto/20110826cfiji/. [Consultado el 3 de abril de 2012]; UNAIDS Press Statement, (2010), *UN Secretary-General applauds the removal of entry restrictions based on HIV status by United States of America and Republic of Korea*. Disponible en: http://data.unaids.org/pub/PressStatement/2010/20100104_ps_travelrestrictions_en.pdf [Consultado el 3 de abril de 2012]; Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration,* A/66/757. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado el 1 de mayo de 2012].

317 ONUSIDA, OMS y UNICEF, (2011), *Global HIV/AIDS Response: Epidemic update and health sector progress towards Universal Access—Progress Report 2011*. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241502986_eng.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

318 ONUSIDA, UNIFEM y FNUAP, (2004), *Woman and HIV: Confronting the Crisis*. Disponible en: http://www.unfpa.org/hiv/women/docs/women_aids.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012]. Consulte también la presentación de Meena, Seshu, SANGRAM, India, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

319 *Ibid*.

320 Quarraisha, A-K. et al., (2010), *HIV and Maternal Mortality: Turning the Tide,* Lancet 375 (2010): 1948 – 1949. Disponible en: http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(10)60747-7/fulltext [Consultado el 6 de marzo de 2012].

321 Hogan, M.C. et al., (2010), *Maternal Mortality for 181 Countries, 1980-2008: a Systematic Analysis of Progress Towards the Millennium Development Goal 5*, Lancet. Disponible en: http://www.who.int/pmnch/topics/maternal/20100402_ihmearticle.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

322 Basu, A. y Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, julio 2011; Presentación de National Youth Council of Malawi, Malawi, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011; Asamblea General de las Naciones Unidas,

(2005), *Special Rapporteur on Violence Against Women*: *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women*, *Intersections of Violence Against Women and HIV/AIDS,* E/CN.4/2005/72. Disponible en: http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/102/11/PDF/G0510211.pdf?OpenElement [Consultado el 6 de marzo de 2012].

323 Ngwena, C., (2011), *Sexual Health and Human Rights in the African Region*, ICHRP. Disponible en: http://www.ichrp.org/files/papers/185/140_Ngwena_Africa_2011.pdf#search=%27Sexual%20rights%20in%20africa%20%27. [Consultado el 10 de abril de 2012]. Consulte también Asamblea General de las Naciones Unidas, (2006), *In-depth Study on All Forms of Violence against Women: Report of the Secretary General*, A/61/122/Add. 1. Disponible en: http://www.unhcr.org/refworld/docid/484e58702.html [Consultado el 6 de marzo de 2012].

324 *Ibid.*

325 Presentación de American Society for Muslim Advancement, EUA, para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 septiembre 2011.

326 Presentación de Nontobeko Prudence Brenda Dlamini, International Community of Women Living With HIV (ICW-Southern Africa), Swazilandia, para el diálogo regional en África, 3–4 de agosto de 2011.

327 Basu, A. y Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; ONUSIDA (2010) Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Disponible en: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm [Consultado el 6 de marzo de 2012].

328 Sivakumaran, S., *(2007), Sexual Violence Against Men in Armed Conflict, The European Journal of International Law, 18:2*. Disponible en*: http://ejil.oxfordjournals.org/content/18/2/253.full.pdf+html* [Consultado el 10 de abril de 2012]; *Africa Faith and Justice Network, (2011), Male Rape in Armed Conflict Widespread and Underreported.* Disponible en*:* http://afjn.org/focus-campaigns/promote-peace-d-r-congo/30-commentary/986-male-rape-in-armed-conflict-underreported-.html [Consultado el 6 de marzo de 2012].

329 Frasca, T., (2005), *AIDS in Latin America*, Palgrave/Macmillan.

330 Asamblea General de las Naciones Unidas, (2009), *Intensification of Efforts to Eliminate All Forms of Violence Against Women*, Resolución 63/155, 30 enero 2009.

331 Basu, A. y Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; Cusack, S., (2010), *Advancing Sexual Health and Human Rights in the Western Pacific*, International Council on Human Rights Policy. Disponible en: http://www.ichrp.org/files/papers/179/140_Simone_Cusack_Western_Pacific_2010.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

332 OMS, (2005), *Multi-Country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women: Initial Results on Prevalence, Health Outcomes and Women's Response*. Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/who_multicountry_study/en/ [Consultado el 6 de marzo de 2012].

333 Asamblea General de las Naciones Unidas, (2005), *Special Rapporteur on Violence Against Women*: *Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women, Intersections of Violence Against Women and HIV/AIDS*, E/CN.4/2005/72. Disponible en: http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G05/102/11/PDF/G0510211.pdf?OpenElement [Consultado el 6 de marzo de 2012]. ECOSOC, (2006), Special Rapporteur on Violence Against Women, *Its Causes and Consequences: Integration of the Human Rights of Women and the Gender Perspective: Violence Against Women*, E/CN.4/2006/61. Disponible en: http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G06/103/50/PDF/G0610350.pdf?OpenElement [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Committee on the Elimination of Discrimination Against Women, (1992), *General Recommendation No. 19: Violence Against Women Eleventh Session,* A/47/38. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/recommendations/recomm.htm [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Asamblea General de las Naciones Unidas, (2010), *Report of the Special Rapporteur on torture, and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment*, A/HRC/13/39/Add.5. Disponible en: http://www2.ohchr.org/english/bodies/hrcouncil/docs/13session/A.HRC.13.39.Add.5_en.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

334 Zimbabwe, *Criminal Law (Codification and Reform) Act No., 23 2004* define la violación de la siguiente manera "Cuando un hombre intencionadamente tiene relaciones sexuales o relaciones sexuales anales con una mujer y en el momento del coito (a) la mujer no lo consiente; y b) el hombre sabe que la mujer no lo consiente o se da cuenta de que existe un riesgo o una posibilidad real de que la mujer no lo consienta."

335 Ni Tanzania ni Botswana establecen que la violación dentro del matrimonio es ilegal: Centro de Asistencia Legal [Namibia] (LAC), (2006), *Rape in Namibia: An Assessment of the Operation of the Combating of Rape Act 8 2000.* (Consulte más abajo el artículo sobre violación en el matrimonio).

336 UN Women, (2011), *Progress of the World's Women 2011-2012: In pursuit of Justice.* Disponible en: http://progress.unwomen.org/2011/07/laws-on-violence-against-women [Consultado el 6 de marzo de 2012].

337 *Ibid.* Asamblea General de las Naciones Unidas, (2006), *In-depth study on all forms of violence against Women*, A/61/122/Add.1. Disponible en: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/61/122/Add.1 [Consultado el 24 de abril de 2012].

338 UN Secretary-General Database on Violence Against Women, (2009), *Antigua: Section 4 of the Sexual Offenses Act 1995 (No.9 of 1995)*. Disponible en: http://webapps01.un.org/vawdatabase/searchDetail.action?measureId=28469&baseHREF=country&baseHREFId=136 [Consultado el 7 de marzo de 2012]; UN Secretary-General Database on Violence Against Women, (2009), *Bahamas: Section 15 of the Sexual Offenses and Domestic Violence Act (1991).* Disponible en: http://webapps01.un.org/vawdatabase/searchDetail.action?measureId=28489 [Consultado el 6 de marzo de 2012].

339 Presentación de Advocate Rup Narayan, Forum for Women, Law and Development, Nepal, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Maria Eugenia Calvin Perez, Observatorio de Equidad de Genero en Salud (OEGS), Chile, para el diálogo regional en América Latina, 26–27 junio 2011; Kassoum Ibrahim, Association des JeunesJuristes du Niger, Níger; Odikpo Josephine UzoyaAnthonia, Center for Rights and Development, Nigeria; Sanger and Keehn; Cheung, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011; ONUSIDA y UNCHR, (2006), *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights Consolidated Version*. Disponible en: http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub07/jc1252-interngui-delines_en.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Basu, A. y Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; Human Rights Watch, (2011), *He Loves You, He Beats You: Family Violence in Turkey and Access to Protection for a discussion of the failures of implementing domestic violence laws*. Disponible en: http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/turkey0511webwcover.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

340 Presentación de Observatorio de Equidad de Genero en Salud (OEGS), Chile, para el diálogo regional en América Latina, 26–27 junio 2011.

341 The Global Commission on Women and AIDS y OMS, (2004), *Sexual Violence in Conflict Settings and the Risk of HIV*. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/unaids/2004/a85593.pdf [Consultado el 25 de octubre de 2011].

342 Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, (2004), The Right of Everyone to the Enjoyment of the Highest Attainable Standard of Physical and Mental Health, Resolución 2004/27, 16 abril 2004. Disponible en: http://www.unhcr.org/refworld/topic,4565c2252f,4565c25f3e3,45377c40c,0,,RESOLUTION,.html [Consultado el 29 de marzo de 2012].

343 ONUSIDA, UNIFEM y FNUAP, (2004), *Woman and HIV: Confronting the Crisis*. Disponible en: http://www.unfpa.org/hiv/women/docs/women_aids.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012]; Comisión de Derechos Humanos de las Naciones Unidas, (2005), *Elimination of Violence Against Women,* Resolución 2005/41, párrafo 9. Disponible en: http://www.unhcr.org/refworld/docid/45377c59c.html [Consultado el 29 de marzo de 2012]; ONUSIDA y Global Coalition on Women and AIDS, (2004), *Violence Against Women and HIV/AIDS: Critical Intersections,* Information Bulletin Series, 1–9 Disponible en: http://www.who.int/gender/violence/en/vawinformationbrief.pdf [Consultado el 29 de marzo de 2012].

344 Lewis, I., Maruia, B., et al., (2008), *Report on the links between Violence against Women and the Transmission of HIV in 4PNG provinces*, University of Canberra, Australia y National AIDS Council, Papua Nueva Guinea.

345 OMS, (2002), *World Report on Violence and Health*. Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/ [Consultado el 6 de marzo de 2012].

346 El FNUAP informa que casi el 50% de todas las agresiones sexuales en el mundo se producen contra niñas de 15 años de edad o menores: Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), *State of World Population 2005 — The Promise of Equality: Gender Equity, Reproductive Health and the Millenium Development Goals*, capítulo 7. Disponible en: www.unfpa.org/swp/2005/english/ch7/index.htm [Consultado el 6 de marzo de 2012].

347 Human Rights Watch, (2004), *Deadly Delay*. Disponible en: http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/southafrica0304.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

348 Presentación de Syed MohsinRaza, Friends for Progress, Pakistán, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

349 Presentación de Tanzania, para el diálogo regional en África, 3–4 de agosto de 2011.

350 Los servicios de salud reproductiva de particular relevancia para el VIH incluyen el acceso a métodos anticonceptivos; atención prenatal, atención especializada del parto y cuidado posnatal; prevención y tratamiento apropiado de la subfertilidad y de la infertilidad; aborto seguro y legal; manejo de las complicaciones del aborto inseguro; prevención y tratamiento de las infecciones del aparato reproductor y de las enfermedades de transmisión sexual; y manejo de las complicaciones obstétricas y neonatales y de las emergencias, incluido el suministro de productos sanguíneos seguros,

351 UNICEF, (2010), Preventing Mother-to-Child Transmission (PMTCT) of HIV. Disponible en: http://www.unicef.org/esaro/5482_pmtct.html [Consultado el 7 de marzo de 2012].

352 Presentación especializada de Centre for Population, Research and Reproductive Health, 2011. Consulte también Ibrahim Naiya Sada, Fatima L. Adamu y Ali Ahmad, (2005), *Promoting women's rights through Sharia in Northern Nigeria*, British Council. Disponible en: http://www.ungei.org/reFuentes/files/dfid_promoting_womens_rights.pdf; *DIVORCE- The Dissolution of a Marriage in Muslim Personal Laws in Nigeria,* Baobab legal Literacy Leaflet No.2. Disponible en: http://www.nigerianlawguru.com/articles/family%20law/DIVORCE%20-%20THE%20DISSOLUTION%20OF%20A%20MARRIAGE%20IN%20MUSLIM%20PERSONAL%20LAWS%20IN%20NIGERIA.pdf [Accessed on 11 April 2012]; Dr. Peter Ruus, (2001), *The reintroduction of Islamic criminal law in northern Nigeria a study conducted on behalf of the European Commission*. Disponible en: http://rezaei.typepad.com/hassan_rezaei/files/islamic-criminal-law-nigeria_en.pdf [Accessed on 11 April 2012]. Ibrahim Na'iyaSada, (2006), *The Making of the Zamfara and Kano State Sharia Penal Codes*. Disponible en: http://www.sharia-in-africa.net/media/publications/sharia-implementation-in-northern-nigeria/vol_4_3_chapter_4_part_II.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012].

353 Guttmacher Institute, (2011), *Estimating Unintended Pregnancies Averted from Couple-Years of Protection (CYP)*. Disponible en: http://www.guttmacher.org/pubs/2011/01/24/Guttmacher-CYP-Memo.pdf. [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Ahmed, S. and Hill, K., (2011), *Maternal Mortality Estimation at the Subnational Level: a Model-based Method with an Application to Bangladesh*, WHO Bulletin. Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?pid=S0042-96862011000100008&script=sci_arttext [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Collumbien, M., Gerresu, M., and Cleland, J., (2004), *Non Use and Use of Ineffective Methods of Contraception;* Ezzati, M., Lopez, A., Rogers, A., Murray, C.eds., (2004), *Comparative Quantification of Health Risks: Global and Regional Burden of Disease Attributable to Selected Major Risk Factors,* Ginebra: World Health Organization, 1255–320; Singh, S. et al., (2009), *Adding It Up: The Costs and Benefits of Investing in Family Planning and Maternal and Newborn Health,* Nueva York: Guttmacher Institute y United Nations Population Fund. Disponible en: http://www.guttmacher.org/presentations/Adding-It-Up.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

354 "El tiempo pasaba y nosotros seguíamos intentando, no lograba quedar embarazada... finalmente me decidí a volver a mi médico y buscar ayuda. Tendría que haber visto la cara que puso cuando terminé de contarle mi historia. He just asked, Me preguntó "¿Para qué quiere tener otro bebé cuando casi muere la última vez y, además, usted fue esterilizada durante el parto de su hija": Presentación de Nontobeko Prudence Brenda Dlamini, ICW, Swazilandia, para el diálogo regional en África,

3–4 agosto 2011; Magalia, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Elena Bilokon, NGO Kredo, Kazakhstan, para el diálogo regional en Europa del Este y Asia Central (EECA), 18–19 mayo 2011; Maria Eugenia Calvin Perez, Observatorio de Equidad de Genero en Salud (OEGS), Chile, para el diálogo regional en América Latina, 26–27 junio 2011; Charles KwadwoOppong, NAP+, Ghana; Kassoum Ibrahim, Association des JeunesJuristes du Niger, Níger; ShadieWenafonuMarysha, UCOP+, R. D. del Congo; Priti Patel, Southern African Litigation Centre, Sudáfrica, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011; Brook Kelly, US Positive Women's Network, USA, para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 septiembre 2011; Basu, A. y Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011. Consulte también Human Rights Watch, A Test of Inequality, (2004), *Discrimination against Women Living with HIV in the Dominican Republic*, HRW, Vol. 16. Disponible en: http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/dr0704.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012].

355 Open Society Foundations, (2011), *Against her Will: Forced and Coerced Sterilization of Women Worldwide*. Disponible en: http://www.soros.org/initiatives/health/focus/law/articles_publications/publications/against-her-will-20111004/against-her-will-20111003.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

356 Presentación de Grace Maingi-Kimani, Federation of Women Lawyers, Kenya, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011.

357 Presentación de Maliyere Gabriel, RechercheCentrafrican des Personnes Vivant Avec le VIH/SIDA, República Centroafricana, para el diálogo regional en África, 3–4 Agosto 2011.

358 The African Union Commission, (2006), *The Maputo Plan for Action, 2007-2010*. Disponible en: http://www.unfpa.org/africa/newdocs/maputo_eng.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

359 ONUSIDA. (2010), *Report on the Global AIDS Epidemic*. Disponible en: http://www.unaids.org/globalreport/Global_report.htm [Consultado el 7 de marzo de 2012].

360 Asamblea General de las Naciones Unidas, (1966), *International Covenant on Civil and Political Rights* (ICCPR), 16 diciembre 1966, 999 U.N.T.S. 171, artículos 2(1) y 3. Asamblea General de las Naciones Unidas, *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (CEDAW)*, 1979.

361 Comisión Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos, (2003), *Protocol to the African Charter on Human Rights and People's Rights on the Rights of Women in Africa*. Disponible en: http://www.achpr.org/english/_info/women_en.html [Consultado el 7 de marzo de 2012].

362 *Ibid.*

363 Presentación de Noorjehan Safia Niaz, Bharatiya Muslim, India, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Judith Kateule, Zambia; Odikpo Josephine UzoyaAnthonia, Center for Rights and Development, Nigeria; Sylvia Chirawu, Women and Law In Southern Africa Research and Education Trust, Zimbabwe; Allan Maleche, KELIN, Kenya; Priti Patel, Southern African Litigation Centre, Sudáfrica; Annmarie Mavenjina Nkelame, Tanzania, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011; Ahmed, A., (2011), '*Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV*'. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; Maleche, A. y Day, E., (2011), '*Traditional Cultural Practices and HIV: Reconciling Culture and Human Rights*'. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011. Consulte también OMS, (2009), *Women and Health, Today's Evidence, Tomorrow's Agenda,* OMS, Ginebra. Sa, Z., Larsen, U., (2008), *Gender Inequality Increases Women's Risk of HIV Infection in Moshi, Tanzania*, Journal of Biosocial Science, 40: 505–525.

364 Presentación de Noorjehan Safia Niaz, Bharatiya Muslim, India, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Ngwenya, C., (2010), *Sexual Health and Human Rights in the African Region*; citado en Basu, A. y Menon, R., (2011), '*Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability and the Law*'. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, julio 2011.

365 Procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos. Se practica ampliamente en África,

en algunos países de Asia y Oriente Medio y en la península arábiga, Australia y América Latina.

366 Una práctica tradicional por la cual una mujer, cuando queda viuda, es "heredada" por el hermano de su marido. Esta costumbre históricamente tenía el propósito de que la viuda y sus hijos contaran con un sustento, pero las prácticas recientes tienden a forzar a las mujeres a tener relaciones sexuales con su heredero. Se ha registrado en muchos países africanos como Kenya, Zimbabwe, Malawi, Zambia, Namibia y Uganda.

367 Se cree que el acto sexual practicado por un familiar de sexo masculino del marido purifica a la mujer a través del semen que ingresa en su cuerpo. Esta costumbre es común para las viudas después de la muerte de sus esposos. Se la ha documentado en muchos países africanos como Kenya, Malawi, Zambia y Botswana.

368 Presentación de Bocci y Khan, para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 septiembre 2011; Basu, A. y Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, julio 2011; Ahmed, A., (2011), '*Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV*'. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; Maleche, A. y Day, E., (2011), '*Traditional Cultural Practices and HIV: Reconciling Culture and Human Rights*'. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; New York Times, (2005), *AIDS Now Compels Africa to Challenge Widows' 'Cleansing'*. Disponible en: http://www.nytimes.com/2005/05/11/international/africa/11malawi.html?pagewanted=print [Consultado el 16 de junio de 2011]; Loosli, B.C., (2004), *Traditional Practices and HIV Prevention in Sub-Saharan Africa*. Disponible en: http://www.gfmer.ch/GFMER_members/pdf/Traditional_HIV_Loosli.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

369 "Una niña de una de las comunidades del distrito de Mzimba fue forzada a casarse; no se dio a conocer su nombre. Dejó de ir a la escuela donde tenía la esperanza de cambiar su futuro cuando completara su educación. Dos años después descubrió que era VIH positivo que con seguridad le había contagiado el hombre. La niña vive una vida desgraciada y llena de temor, sin esperanza; tiene miedo de morirse pronto como se espera que suceda", Presentación de James Wilson Phiri, Malawi, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011; ONUSIDA, UNIFEM y FNUAP, (2004), *Women and HIV/AIDS: Confronting the Crisis*. Disponible en: http://www.unfpa.org/hiv/women/ [Consultado el 7 de marzo de 2012]; citado en Basu, A. y Menon, R., (2011), *Violence Against Women, HIV/AIDS Vulnerability, and the Law*. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, julio 2011.

370 Combating of Rape Act 8 2000, s. 3 y Zimbabwe, ley del código penal (codificación y reforma) Act No. 23 2004, s. 68(a).

371 Ahmed, A., (2011), '*Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV*'. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, julio 2011; Africa Renewal, (2008), *Women Struggle to Secure Land Rights*. Disponible en: http://www.un.org/en/africarenewal/vol22no1/221-women-struggle-to-secure-land-rights.html [Consultado el 7 de marzo de 2012].

372 PNUD, (2007), *Women's Property Rights as an AIDS Response: Emerging Efforts in South Asia*. Disponible en: http://www.beta.undp.org/content/dam/aplaws/publication/en/publications/hiv-aids/womens-property-rights-as-an-aids-response-emerging-efforts-in-south-asia/214.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

373 Consulte, por ejemplo, el caso de Tanzania *de Ndossi v Ndossi* en el cual a una viuda se le concedió el derecho de administrar la sucesión de su esposo fallecido por sobre el cuñado de su marido y el caso ugandés de *Owagage v Mudhma* en el cual la Corte Suprema de Uganda sostuvo que un testamento que lega el patrimonio a la esposa del fallecido era legítimo vs. constituir los bienes en fideicomiso a favor de los miembros del clan, citado en Ahmed, A., 2011. '*Property and Inheritance Laws: The Impact on HIV*'. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, julio 2011.

374 Immigration and Refugee Board of Canada, (2007), *Zimbabwe: Recent domestic violence legislation and its implementation*. Disponible en: http://www.unhcr.org/

refworld/docid/469cd6941e.html [Consultado el 6 de marzo de 2012].

375 Presentación de Advocate Rup Narayan, Forum for Women, Law and Development, Nepal, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 de febrero 2011; Judith Kateule, Zambia; Odikpo Josephine Uzoya Anthonia, Center for Rights and Development, Nigeria; Sylvia Chirawu, Women and Law In Southern Africa Research and Education Trust, Zimbawe; Allan Maleche, KELIN, Kenya; Annmarie Mavenjina Nkelame, Tanzania, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011.

376 Presentación de KELIN, Kenya, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011.

377 Deacon, H. and Stephney, I., (2007), *HIV/AIDS, Stigma and Children: A Literature Review*, Human Sciences Research Council, Pretoria, Sudáfrica.

378 Definición de niño (Artículo 1 de la Convención sobre los Derechos del Niño de la ONU): La Convención define "niño" como una persona menor de dieciocho años, salvo cuando las leyes de un país concreto fijen la mayoría de edad en una edad más temprana. El Comité de los Derechos del Niño, el órgano supervisor de la Convención, ha alentado a los Estados a revisar la edad establecida para la mayoría de edad, en los casos en que ésta es inferior a los 18, y a incrementar el nivel de protección para todos los niños y niñas menores de 18. Se puede consultar en: http://www2.ohchr.org/spanish/law/crc.htm [Consultado 29 diciembre 2011]; si bien se define la juventud en términos cronológicos, las gamas de edades varían. Por ejemplo, la definición oficial que da la ONU de juventud hace referencia a las personas entre 15 y 24 años de edad, en tanto para la UNESCO los "jóvenes" tienen entre 10-19 años (UNESCO 2004). La UNICEF identifica "adolescentes" (10–18 años), en tanto la Convención de Protección a la Niñez considera "niños" a todas las personas hasta los 18 años de edad. Por lo tanto, una persona en la gama etaria de 15-18 años puede ser considerada un "joven", un "niño", pero también como una "persona joven"; UNICEF, (2012), Towards an AIDS Free Generation. Disponible en: http://www.unicef.org/about/execboard/files/Towards_and_AIDS_Free_Generation_18JAN2012.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

379 Secretario General de las Naciones Unidas, (2011), *Uniting for Universal Access*, Report of the Secretary General, Disponible en http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/20110331_SG_report_en.pdf [Consultado el 4 de abril de 2012]; The Stephen Lewis Foundation, (2012), *Children and HIV AIDS*, Fact Sheet, Disponible en: http://www.stephenlewisfoundation.org/assets/files/Materials%20-%20General/SLF_HIV-AIDS_factsheet_children.pdf. [Consultado el 4 de abril de 2012]. OMS, UNICEF, ONUSIDA, (2011), *Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress towards Universal Access*, Progress Report 2011.

380 UNICEF, (2011), *Opportunity in Crisis: Preventing HIV from Early Adolescence to Young Adulthood*. Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/oic_report_en.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

381 UNICEF, (2008), *Global Perspectives on Consolidated Children's Statutes*. Disponible en: http://www.unicef.org/policyanalysis/files/postscript_Childrens_Codes_formatted_final.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

382 Akhtur, S., (1996), *Do Girls Have a Higher School Drop-out Rate than Boys? A Hazard Rate Analysis of Evidence from a Third World City*, Urban Studies, Vol 33(1); Lloyd, C.B., Mensch, B.S., y Clark, W.H., (2000), *The Effects of Primary School Quality on School Dropout among Kenyan Girlsand Boys,* Comparative Education Review, Vol. 44 (2).

383 *Ibid.* Hunter, S., (1998), *Rethinking Development Paradigms in the Context of Extremely High Mortality in Sub-Saharan Africa*, UNICEF; Presentación de Jean Claude Niyongabo, Burundi, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011; National Association of PLHA, Nepal, Meera Raghavendra, WINS, India, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011; Edstrom, J. &Kahn.N., (2009), *Protection and Care for Children Faced with HIV and AIDS in East Asia and the Pacific: Issues, priorities and responses in the region*, UNICEF y IDS. Disponible en: http://www.jlica.org/userfiles/file/Protection%20and%20Care%20book.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

384 Adato, M. y Bassett, L., (2009), *Social Protection to Support Vulnerable Children and Families: the Potential of Cash transfers to Protect Education, Health and Nutrition*, AIDS Care, S1.

385 World Bank, (2010), *A Cash Transfer Programme Reduces HIV Infection amongst Adolescent Girls*. Se puede con-

sultar en: http://sitereFuentes.worldbank.org/DEC/ReFuentes/HIVExeSummary%28Malawi%29.pdf

386 Presentación de AIDS Action Committee of Massachusetts, Inc., para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 septiembre 2011.

387 UNICEF, (2010), *Blame and Banishment, The Underground HIV Epidemic Affecting Children in Eastern Europe and Central Asia*. Disponible en: http://www.unicef.org/serbia/UNICEF_Blame_and_Banishment%283%29.pdf [Consultado el 4 de abril de 2012].

388 Artículo 14 del Código Penal paraguayo (Ley de Adopciones 1136/97) y el Artículo 17 (Ley 1/92 modificatorio del Código Penal); Presentación de María José Rivas Vera, SOMOSGAY, Paraguay, para el Diálogo Regional en América Latina, 26–27 junio 2011.

389 Presentación de Gidnist Legal Aid NGO, Kiev, Ucrania, para el Diálogo Regional en Europa del Este y Asia Central, 18–19 mayo 2011.

390 McPherson, D., (2006), *Property Grabbing and Africa's Orphaned Generation: A Legal Analysis of the Implications of the HIV/AIDS Pandemic for Inheritance by Orphaned Children in Uganda, Kenya, Zambia and Malawi*, HIV/AIDS in Africa Project Paper, University of Toronto. Disponible en: http://74.125.95.132/search?q=cache:GDpSwNCYE6UJ:www.law.utoronto.ca/visitors_content.asp%3FitemPath%3D5/12/0/0/0%26contentId%3D1199+%22McPherson%22+%22Property+Grabbing+*+Africa%22&hl=en&ct=clnk&cd=1&gl=us [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Citado en, Strode, A. y Grant, K., (2011), '*Children and HIV*'. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011; Presentación de Wilfred Masebo, Malawi, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011.

391 UNICEF, (2006), *Africa's Orphaned and Vulnerable Generations: Children Affected by AIDS*. Disponible en: http://www.unicef.org/publications/files/Africas_Orphaned_and_Vulnerable_Generations_Children_Affected_by_AIDS.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

392 Presentación de Our Hope Foundation, Crimea, Ucrania, para el Diálogo Regional en Europa del Este y Asia Central, 18–19 mayo 2011.

393 The *American with Disabilities Act (ADA) 1990*, prohíbe la discriminación por razones de discapacidad. El Título II, que se aplica a las agencias de adopción públicas, estipula la norma contra la discriminación de la siguiente manera: *"A ningún individuo calificado que tenga una discapacidad se le negarán, por razones de dicha discapacidad, los beneficios de los servicios, programas o actividades de una entidad pública, no se lo excluirá de participar de ellos, ni podrá ser discriminado por tal entidad"*. El Título III, la norma que se aplica a las agencias de adopción privadas (que se consideran de "acceso público" según la ADA) dispone que: "*Ninguna persona que posea, alquile o dirija un espacio de uso público podrá discriminar a ningún individuo por motivo de su discapacidad ni le podrá impedir el uso pleno y equitativo de los bienes, servicios, instalaciones, privilegios, ventajas o espacios de cualquier lugar de uso público*". La American with Disabilities Act está disponible en: http://www.ada.gov/ [Consultado el 7 de marzo de 2012].

394 Ely, A., (2008), *Looking after HIV: Considering the needs of HIV positive looked after children*, National Children's Bureau Disponible en: http://www.ncb.org.uk/media/442281/hiv_looking_after_hiv.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

395 Human Rights Watch, (2001), *In The Shadow Of Death: HIV/AIDS and Children's Rights in Kenya*. Disponible en: http://www.unhcr.org/refworld/publisher,HRW,,KEN,3bd0239c3,0.html [Consultado el 6 de marzo de 2012]; citado en, McPherson, D., 2005. *Property Grabbing and Africa's Orphaned Generation: A Legal Analysis of the Implications of the HIV/AIDS Pandemic for Inheritance by Orphaned Children in Uganda, Kenya, Zambia and Malawi,* HIV/AIDS in Africa Project Paper, University of Toronto. Disponible en: http://74.125.95.132/search?q=cache:GDpSwNCYE6UJ:www.law.utoronto.ca/visitors_content.asp%3FitemPath%3D5/12/0/0/0%26contentId%3D1199+%22McPherson%22+%22Property+Grabbing+*+Africa%22&hl=en&ct=clnk&cd=1&gl=us [Consultado el 7 de marzo de 2012]; Presentación de Wilfed Masebo, Malawi, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011; National Association of PLHA, Nepal; Meera Raghavendra, WINS, India; Fr. Jeyaseelan Y.,MMSSS, India, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

396 Presentación de Annmarie Mavenjina Nkelame, Tanzania Women Lawyers Association (TAWLA), Tanzania, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011.

397 Comité General de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño, Comentario General No.3, (2003),

HIV/AIDS and the rights of the Child, CRC/GC/2003/3, 17 marzo 2003.

398 Shanta Bloemen, (2011), *Teen Centres provide a Refuge for Adolescents Living with HIV in Botswana*, Newsline. Disponible en: http://www.unicef.org/infobycountry/botswana_58032.html [Consultado el 4 de abril de 2012].

399 Presentación de Nthabiseng A. Phaladze, University of Botswana, Botswana, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011.

400 Flicker, Sarah et al., (2005), Falling Through the Cracks of the Big Cities: Who is Meeting the Needs of HIV-positive Youth? Canadian Journal of Public Health 96:4: 308–12.

401 Presentación de Emily Hamblin, National Children's Bureau, para el diálogo de países de ingresos altos, 16–17 septiembre 2011.

402 Jackson, S., y Hafemeister, T.l., (2001), *Impact of Parental Consent and Notification Policies on the Decisions of Adolescents to be Tested for HIV,* Journal of Adolescent Health, Vol. 29; Presentación de Nthabiseng, A. Phaladze, University of Botswana, Botswana, para el diálogo regional en África, 3–4 agosto 2011: se describen las dificultades que enfrentan los adolescentes que intentan acceder a la prueba de VIH en Botswana. Si bien las políticas nacionales de realización de pruebas de VIH de rutina en Botswana permiten a los niños a dar su consentimiento independiente a los 16 años, la ley no lo recoge y, en consecuencia, muchos proveedores de servicios exigen a los niños el consentimiento parental para poder someterse a dichas pruebas.

403 Jackson, S. y Hafemeister, T.l., (2001), *Impact of Parental Consent and Notification Policies on the Decisions of Adolescents to be Tested for HIV,* Journal of Adolescent Health, Vol. 29; Meehan TM., Hansen H., Klein WC., (1997), *The Impact of Parental Consent on the HIV testing of Minors*, The Amercan Journal of Public Health, 87(8), agosto 1997.

404 Strode, A. y Slack, C., (2009), *Sex, lies and disclosures: Researchers and the reporting of underage sex*, Southern African Journal of HIV Medicine, Vol. 2.

405 Mail and Guardian Online, (2011), *Criminalising Sex is not the Answer*. Disponible en: http://mg.co.za/article/2011-09-26-criminalising-sex-is-not-the-answer/ [Consultado el 8 de octubre de 2011]; Han, J. and Bennish, M.L., (2009), *Condom Access in South African Schools: Law, Policy, and Practice*, PLoS Medicine, 6(1): e1000006.

406 Kirkby, D., Laris, B.A., y Rolleri, L.A., (2007), *Sex and HIV Education Programs: Their Impact on Sexual Behaviour of Young People Throughout the World*, Journal of Adolescent Health, Vol 40; UNESCO, (2009), *International Technical Guidance on Sexuality Education, Volume I: The rationale for sexuality education.* Disponible en: http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf [Consultado: 21 diciembre 2011].

407 Presentación de Network of Asia Pacific Youth, para el diálogo regional en Asia-Pacífico, 16–17 febrero 2011.

408 Asamblea General de las Naciones Unidas, (2003), *Adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child*, Point 6(d), Comentario General No. 4. Disponible en:http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.4.En?OpenDocument [Consultado: 29 noviembre 2011].

409 Ely, A., (2008), *Looking after HIV: Considering the needs of HIV positive looked after children*, National Children's Bureau Disponible en: http://www.ncb.org.uk/media/442281/hiv_looking_after_hiv.pdf [Consultado el 7 de marzo de 2012].

410 PEPFAR, Plan, UNICEF y World Vision, (2007), Civil Registration and Children in the Context of HIV and AIDS in Africa. Disponible en: http://www.unicef.org/aids/files/0707-IATT-ToR-civil_registration-HIV-AIDS_Final(1).doc [Consultado el 7 de marzo de 2012].

411 El Said, M. y Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy.* Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 Julio 2011.

412 ONUSIDA, OMS y UNICEF, (2011), *Progress report 2011: Global HIV/AIDS response.* Disponible en: http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/en/index.html [Consultado: 6 de marzo de 2012]; Asamblea General de las Naciones Unidas, *Report of the Secretary-General: United to end AIDS: achieving the targets of the 2011 Political Declaration,* A/66/757. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2012/20120402_UNGA_A-66-757_en.pdf [Consultado el 1 de mayo de 2012].

413 Reis, R., Vieira, M., y Chaves, G., *Access to Medicines and Intellectual Property in Brazil : A Civil Society Experience,* consultado en Reis, R., Terto, V., and Pimenta, MC., (2009), *Intellectual Property Rights and Access to ARV Medicines:*

Civil Society Resistance in the Global South, Rio de Janeiro Brazilian Interdisciplinary AIDS Association, pp. 12–54; Teixeira, P., Vitória, MAA., y Barcarolo, J., *The Brazilian experience in providing universal access to antiretroviral therapy*, disponible en Moatti, JP. et al., (2003), *Economics of AIDS and Access to HIV/AIDS Care in Developing Countries, Issues and Challenges*, Paris, France: Agence Nationale de Recherchessur le Sida, Paris, pp. 69–88; Ministry of Health of Brazil y ONUSIDA, (2001), *AIDS: the Brazilian Experience / SIDA: la experienciaBrasileña*; Ministry of Health Brazil, (2001), *National AIDS Drug Policy*. Disponible en: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/126national_drug_policy.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

414 *Cruz Bermudez et al. v. Ministerio de Sanidad et Asistencia Social,* (1999), Corte Suprema de Justicia, Republica de Venezuela, Expediente Numero: 15.789, Sentencia Numero 196.

415 *Minister of Health and Others v. Treatment Action Campaign and Others, SA 721* (*CC*) (2002). Disponible en: http://41.208.61.234/uhtbin/cgisirsi/20120306222629/SIRSI/0/520/J-CCT8-02A [Consultado el 6 de marzo de 2012].

416 ONUSIDA, (2011), *Key Global Findings: AIDS at 30: Nations at the crossroad.* Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/restore/AIDS30_KEY_FINDINGS_en.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

417 Consulte el artículo del periódico hindú del 23 de febrero de 2001 titulado *Cipla Stirs Pharma World with its AIDS Cocktail.* Disponible en: http://www.hindu.com/2001/02/23/stories/0623000f.htm

418 La financiación para el VIH aportada por donantes disminuyó en casi USD1000 millones en 2010. Consulte Kates, J. et al., (2010), *Financing the Response to AIDS in Low- and Middle-Income Countries: International Assistance from the G8, European Commission and Other Donor Governments in 2009*, ONUSIDA y The Kaiser Family Foundation. Disponible en: http://www.kff.org/hivaids/upload/7347-06.pdf[Consultado el: 6 de marzo de 2012]; Global Fund Observer 167, (2011), *Board Cancels Round 11 and Introduces Tough New Rules for Grant Renewals*. Disponible en: http://www.aidspan.org/index.php?issue=167&article=1 [Consultado el: 6 de marzo de 2012].

419 Global Fund Observer 167, (2011), *Board Cancels Round 11 and Introduces Tough New Rules for Grant Renewals*. Disponible en: http://www.aidspan.org/index.php?issue=167&article=1 [Consultado el: 6 de marzo de 2012].

420 The Kaiser Family Foundation, (2012), *President Obama Releases FY13 Budget Proposal With Overall Decrease For GHI*. Disponible en: http://globalhealth.kff.org/Daily-Reports/2012/February/14/GH-021412-FY13-Budget-Proposal.aspx?p=1 [Consultado el: 8 de marzo de 2012].

421 Maastricht Principles on Extraterritorial Obligations of States in the area of Economic, Social and Cultural Rights, (2011). Disponible en: http://oppenheimer.mcgill.ca/IMG/pdf/Maastricht_20ETO_20Principles_20-_20FINAL.pdf [Consultado el: 6 de marzo de 2012]; Asamblea General de las Naciones Unidas, (2011), *Political Declaration on HIV/AIDS: Intensifying Our Efforts to Eliminate AIDS*, A/RES/65/277. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/document/2011/06/20110610_un_a-res-65-277_en.pdf[-Consultado el 6 de marzo de 2012].

422 Baker, B. y Avafia, T., (2010), *Laws and Practices that Facilitate or Impede HIV-related Treatment Access*. Documento de trabajo redactado para el Primer Encuentro de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, Octubre 2010; Baker, B. y Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access*. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, Julio 2011.

423 Report of UK Commission on Intellectual Property Rights (CIPR), *Integrating Intellectual Property rights and Development Policy* (2002) Disponible en: http://www.iprcommission.org/papers/pdfs/final_report/CIPRfullfinal.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012].

424 Baker, B. y Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access*. Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, Julio 2011.

425 La Croix, S. y Liu, M. (2009) The*Effect of GDP Growth on Pharmaceutical Patent Protection, 1945-2005*, Brussels Economic Review, Vol. 52 N° (3/4) otoño/invierno

2009. Disponible en: https://dipot.ulb.ac.be/dspace/bitstream/2013/80767/1/ARTICLE%20LACROIX-LIU%20pdf2.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012].

426 Baker, B. y Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access.* Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 Julio 2011.

427 T'Hoen, E., (2009), *The Global Politics of Pharmaceutical Monopoly Power*, AMB Diemen Publishers.

428 Poku, N., Whiteside, A., Sandkjaer, B., (2007), *AIDS and governance*, Ashgate Publishing Limited, Inglaterra, p. 207.

429 Waning, B., Dietrichsen, E., y Moon, S., (2010), *A lifetime to Treatment: The Role of Indian Generic Manufacturers in Supplying Antiretroviral Medicines to Developing Countries*, Journal of the International AIDS Society 13:35. Disponible en: http://www.jiasociety.org/content/13/1/35 [Consultado el 6 de marzo de 2012].

430 Baker, B. y Avafia, T., (2011), *The Evolution of IPRs from Humble Beginnings to the Modern Day TRIPS-plus Era: Implications for Treatment Access.*Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 Julio 2011.

431 Los PMA miembros de la OMC deben cumplir con los ADPIC antes de julio de 2013. Sin embargo, es posible que se posponga aún más la aplicación del tratado a los productos farmacéuticos hasta enero de 2016. Consulte WTO Council for TRIPS, (2005), *Extension of the Transition Period Under Article 66.1 for Least-Developed Country Members*, WTO Doc. IP/C/40. Disponible en: http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/ldc_e.htm [Consultado el 6 de marzo de 2012].

432 MSF, *Untangling the Web of antiretroviral price reductions.* Disponible en: http://msf-utw.tumblr.com/post/7755591372/14th-edition-of-untangling-the-web-launches-at [Consultado el 6 de marzo de 2012].

433 Para Ecuador, consulte Ycaza Mantilla, A., (2011), *Propiedad Intelectual i Salud Pública: La Experiencia Ecuatoriana*, Presentación Encuentro Regional sobre Acceso y gestión de medicamentos e insumos estratégicos para el VIH/Sida, Santo Domingo, República Dominicana, 9 al 11 de noviembre de 2011; para Tailandia consulte Mohara et al ,(2012), *The impact of the Introduction of Government Use Licenses on the Drug Expenditure of seven medicines in Thailand'*, Value in Health Journal 15 (2012). Disponible en: http://www.ispor.org/consortiums/asia/ViH/3rdIssue/Impact-of-the-Introduction-of-Government-Use-Licenses.pdf; para Brasil, consulte El Said, M. y Kapczynski, A, (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy',* Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 Julio 2011;para Indonesia y Malasia, consulte Khor, M., (2009), *Patents, Compulsory Licenses and Access to Medicines: Some Recent Experiences*, Third World Network. Disponible en: http://www.twnside.org.sg/title2/IPR/pdf/ipr10.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012].

434 Para India, consulte la orden de licencia obligatoria del Controlador General de Patentes de ese país que estableció el precio de INR 8880 por mes de tratamiento, consulte aplicación de licencias obligatorias 1 de 2011. Disponible en: http://www.ipindia.nic.in/ipoNew/compulsory_License_12032012.pdf [Consultado el 30 de marzo 2012 para Ecuador, consulte Ycaza Mantilla, A., (2011), *Propiedad Intelectual i Salud Pública: La Experiencia Ecuatoriana*, Presentación, Encuentro Regional sobre Acceso y gestión de medicamentos e insumos estratégicos para el VIH/Sida, Santo Domingo, República Dominicana, 9 al 11 de noviembre de 2011; para Tailandia consulte Mohara et al , (2012), *The impact of the Introduction of Government Use Licenses on the Drug Expenditure of seven medicines in Thailand'*, Value in Health Journal 15 (2012). Disponible en: http://www.ispor.org/consortiums/asia/ViH/3rdIssue/Impact-of-the-Introduction-of-Government-Use-Licenses.pdf; para Brasil, consulte El Said, M. y Kapczynski, A, (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy',* Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 Julio 2011 para Indonesia y Malasia, consulte Khor, M., (2009), *Patents, Compulsory Licenses and Access to Medicines: Some Recent Experiences*, Third World Network. Disponible en: http://www.twnside.org.sg/title2/IPR/pdf/ipr10.pdf [Consultado el 8 de marzo de 2012].

435 PNUD, (2010), *Good Practice Guide: Improving Access to Treatment by Utilizing Public Health Flexibilities in the WTO TRIPS Agreement*. Disponible en: http://content.undp.org/go/cms-service/stream/asset/?asset_id=3259443[-Consultado el 6 de marzo de 2012].

436 *The Doha Declaration on the Trips Agreement and Public Health, World Trade Organization*, adopted on 14 November 2001. Disponible en: http://www.worldtradelaw.net/doha/tripshealth.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012]; Decisión del Consejo General del 30 de agosto de 2003, *Implementation of paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and public health*, WT/L/540. Disponible en: http://www.wto.org/english/tratop_e/trips_e/implem_para6_e.htm [Consultado el 6 de marzo de 2012].

437 South Centre, (2011), *Policy Brief: The Doha Declaration on TRIPS and Public Health Ten Years Later: The State of Implementation*. Disponible en: http://www.southcentre.org/index.php?option=com_content&view=article&id=1639%3Athe-doha-declaration-on-trips-and-public-health-ten-years-later-the-state-of-implementation&Itemid=1&lang=en [Consultado el 6 de marzo de 2012]; ONUSIDA, OMS y PNUD, (2011), *Policy Brief: Using TRIPS Flexibilities to Improve Access to HIV Treatment*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2049_PolicyBrief_TRIPS_en.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

438 PNUD, (2010), *Good Practice Guide: Improving Access to Treatment by Utilizing Public Health Flexibilities in the WTO TRIPS Agreement*. Disponible en: http://content.undp.org/go/cms-service/stream/asset/?asset_id=3259443[-Consultado el 6 de marzo de 2012].

439 ONUSIDA, OMS y PNUD, (2011), *Policy Brief: Using TRIPS Flexibilities to Improve Access to HIV Treatment*. Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/content assets/documents/unaidspublication/2011/JC2049_PolicyBrief_TRIPS_en.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

440 Mohara, A., et al, (2012), *Impact of the Introduction of Government Use Licenses on the Drug Expenditure on Seven Medicines in Thailand,* Value in Health 15(1), p.S95-S99. Disponible en: http://www.ispor.org/consortiums/asia/ViH/3rdIssue/Impact-of-the-Introduction-of-Government-Use-Licenses.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

441 Chaudhuri, S., Park, C., y Gopakumar, KM., (2010), *Five Years into the Product Patent Regime: India's Response*, PNUD Nueva York. Disponible en: http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s17761en/s17761en.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

442 Baker, B. y Avafia, T., (2010), *Laws and Practices that Facilitate or Impede HIV-related Treatment Access*. Documento de trabajo redactado para el Primer Encuentro de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, octubre 2010.

443 *Ibid*.

444 Harris, D., (2011), *TRIPS after fifteen years: success or failure, as measured by compulsory licensing*, Journal of Intellectual Property Law 18, p. 387.

445 Medicines and Related Substances Control Amendment Act 90 of 1997.

446 Decreto 13155 (10 mayo 2000).

447 Medicins Sans Frontieres, (2012), *As Novartis challenges India's patent law, MSF warns access to medicines is under threat*. Disponible en: http://www.doctorswithoutborders.org/press/release.cfm?id=1870 [Consultado el 6 de marzo de 2012].

448 Mara, K., (2010), *TRIPS Council Discusses Efficacy Of ACTA, Public Health Amendment*, Intellectual Property Watch. Disponible en: http://www.ip-watch.org/weblog/2010/10/29/trips-council-discusses-efficacy-of-acta-public-health-amendment/[Consultado el 6 de marzo de 2012]. Consulte también Joint Statement by NGOs on TRIPS and Public Health, (2005),*WTO Members Should Reject Bad Deal on Medicines*, Disponible en: www.cptech.org/ip/wto/p6/ngos12032005.html [Consultado el 6 de marzo de 2012].

449 Council for Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights, (2010), *Annual Review of the Decision on the Implementation of Paragraph 6 of the Doha Declaration on the TRIPS Agreement and Public Health*, Report to the General Council, WTO. Disponible en: http://192.91.247.23/english/tratop_e/trips_e/ta_docs_e/3_ipc57_e.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

450 Regulación del Consejo No. 1383/2003.

451 En su solicitud de celebración de consultas, en virtud de la solución de diferencias de la OMC, India alegó que las medidas de la UE son incompatibles con varias disposi-

ciones del GATT de 1994 y del Acuerdo sobre los ADPIC, entre ellas, "los artículos 41 y 42 del Acuerdo sobre los ADPIC porque las medidas en litigio, entre otras cosas, crean obstáculos al comercio legítimo, permiten abusar de los derechos conferidos al titular de una patente, son injustas y no equitativas, innecesariamente gravosas y complicadas y crean retrasos innecesarios". India busca consuelo, "Unión Europea y un Estado miembro: Seizure of Generic Drugs in Transit", WT/DS408/7 3 Junio 2010. Disponible en: http://trade.ec.europa.eu/doclib/docs/2011/january/tradoc_147470.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

452 Las negociaciones fueron inicialmente propuestas por los Estados Unidos y Japón en 2006. Australia, Canadá, Japón, Corea, Marruecos, Nueva Zelanda, Singapur y los Estados Unidos firmaron el Acuerdo en octubre de 2011.

453 El párrafo 17 del Comunicado de los líderes del G8 sobre la Economía Mundial (Cumbre del G8 de Hokkaido Toyako), bajo el título "Protección de los Derechos de Propiedad Intelectual (DPI)", alienta a la aceleración de las negociaciones para establecer un nuevo marco jurídico internacional, el Acuerdo Comercial Antifalsificación (ACTA), y a tratar de completar las negociaciones antes de finales de 2008.

454 Consulte las declaraciones de India y China sobre las negociaciones del ACTA y su impacto en el acceso a los medicamentos en el Encuentro del Consejo de los ADPIC de la OMC el 8 de junio de 2010. Las declaraciones recibieron el respaldo de varios países en desarrollo, entre otros, Perú, Cuba, Bolivia, Ecuador, Sudáfrica y Egipto.

455 Parlamento Europeo En portada, (2012), El Parlamento Europeo rechaza ACTA. Disponible en : http://www.europarl.europa.eu/news/es/pressroom/content/20120703IPR48247/html/El-Parlamento-Europeo-rechaza-ACTA [Consultado el 4 julio de 2012].

456 Oxfam, (2011), *Eye on the Ball – Medicine Regulation – not IP enforcement – can best deliver quality medicines*. Disponible en: http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/eye-on-the-ball-medicine-regulation-020211-en.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

457 El Said, M. y Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy.* Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 Julio 2011

458 Consulte, por ejemplo, National Forum of People Living with HIV/AIDS Networks en Uganda, para el diálogo regional en África, 3–4 Agosto 2011.

459 UNDP Discussion Paper, (2012), *Anti-counterfeit Laws and Public Health: What to Look Out For.*

460 La República de Kenya en la Suprema Corte de Kenya en Nairobi, *Petition no. 409 of 2009*. Disponible en: http://www.ip-watch.org/weblog/wp-content/uploads/2012/04/Kenya-Judgment-Petetion-No-409-of-2009.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]. La referencia del análisis de la Red de Cuestiones Legales y Éticas de Kenya sobre el VIH/SIDA (KELIN) esta disponible en: http://kelinkenya.org/2012/04/judgment-on-generic-medicines-kenya%E2%80%99s-first-victory-on-the-right-to-health/ [Consultado el 24 de abril de 2012].

461 Consulte, por ejemplo, Oxfam, (2007), *All costs and No Benefits: How TRIPS-Plus Rules in the US-Jordan FTA Affect Access to Medicines*. Disponible en: http://www.oxfam.org/sites/www.oxfam.org/files/all%20costs,%20no%20benefits.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

462 Hollis, A., (2011), *The Canada-European Union Comprehensive Economic and Trade Agreement—An Economic Impact Assessment of Proposed Pharmaceutical Intellectual Property Provisions*, Canadian Generic Pharmaceutical Association (CGPA). Disponible en: http://www.canadiangenerics.ca/en/news/docs/02.07.11CETA EconomicImpactAssessment-FinalEnglish.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

463 G-Finder, (2011), *Neglected Disease Research and Development: Is the Global Financial Crisis Changing R&D* (2011). Disponible en http://www.policycures.org/downloads/g-finder_2010.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

464 Outterson, K., (2005), *Pharmaceutical Arbitrage: Balancing Access and Innovation in International Prescription Drug Markets*, Yale Journal of Health Policy, Law and Ethics 5(1), p. 193–291.

465 Correa, C., (2007), *Guidelines for the Examination of Pharmaceutical Patents: Developing a Public Health Perspective*, ICTSD, OMS, UNCTAD y PNUD. Disponible en: http://www.iprsonline.org/reFuentes/docs/Correa_Patentability%20Guidelines.pdf[Consultado el 6 de marzo de 2012].

466 National Institute for Health Care Management, (2002), *Changing Patterns of Pharmaceutical Innovation*, NIHCM Washington, D.C., p. 3. Disponible en: http://www.nihcm.org/pdf/innovations.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

467 OMS, (2006), *Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights: Report of the Commission on Intellectual Property Right, Innovation, and Public Health*, p. 22. Disponible en: http://www.who.int/intellectualproperty/documents/thereport/ENPublicHealthReport.pdf [Consultado el 6 de marzo de 2012].

468 El Said, M. y Kapczynski, A., (2011), *Access to medicines: The role of intellectual property law and policy.* Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, Julio 2011; Consulte también, 't Hoen, E. et al., (2011) *Driving a decade of change: HIV/AIDS, patents and access to medicines for all*, Journal of the International AIDS Society 14. Disponible en: http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3078828/ [Consultado el 6 de marzo de 2012].

469 Alabaster, A., (2012), *Gates, pharma and other partners commit to accelerated R&D to find new treatments for NTDs,* Sabin Vaccine Institute. Disponible en: http://www.sabin.org/blog/gates-pharma-and-other-partners-commit-accelerated-rd-find-new-treatments-ntds [Consultado el 6 de marzo de 2012].

470 OMS, (2012), *Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination*. Disponible en: http://www.who.int/phi/CEWG_Report_5_April_2012.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012]; South Centre, (2012), Rethinking The R&D Model for Pharmaceutical Products: A Binding Global Convention, Policy Brief 8. Disponible en: http://www.southcentre.org/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2141&Itemid=182&lang=en [Consultado el 24 de abril de 2012].

471 OMS, (2012), *Report of the Consultative Expert Working Group on Research and Development: Financing and Coordination*. Disponible en: http://www.who.int/phi/CEWG_Report_5_April_2012.pdf [Consultado el 24 de abril de 2012].

472 So, A. y Oh, C., (2011), *Approaches to Intellectual Property and Innovation That Meet the Public Health Challenge of AIDS,* Documento de trabajo redactado para el Tercer Encuentro del Grupo asesor técnico de la Comisión Mundial sobre el VIH y la Ley, 7–9 julio 2011.

473 Schwartlaender, B. et al., (2011), *Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS*, The Lancet 377 (9782), pp. 2031–2041.

474 UNAIDS Reference Group on Law and Human Rights, (2011), *The Global Fund and the Crisis of HIV Funding—A Severe Setback for HIV and Human Rights: Statement and Recommendations*, p. 1.

Para mayor información contacte a: info@hivlawcommission.org
o visite: www.hivlawcommission.org

Siga a la Comisión en Facebook:
www.facebook.com/HIVLawCommission y
en Twitter: www.twitter.com/HIVLawCom

Secretaría, Comisión Global sobre VIH y Derecho
PNUD, Grupo VIH/SIDA, Oficina para Políticas de Desarrollo
304 East 45th Street, New York, NY 10017
Tél: (+1 212) 906 6590 Fax: (+1 212) 906 5023