

# Eliminación de la discriminación en el sector sanitario

Paso fundamental para poner fin a la epidemia del sida





# Contenido

Resumen	<b>2</b>
El desafío de la discriminación en los servicios de salud	<b>4</b>
Comprensión de la discriminación y obligaciones en materia de derechos humanos para la eliminación de la discriminación	<b>6</b>
Repercusiones en la salud y los derechos humanos de la discriminación en establecimientos de salud y lugares de trabajo del ámbito de la atención sanitaria	<b>10</b>
Rendición de cuentas para eliminar la discriminación en la atención sanitaria	<b>15</b>
Oportunidad para la acción	<b>16</b>
El camino a seguir: una agenda para la cero discriminación	<b>18</b>
Anexo: los derechos humanos internacionales y el VIH	<b>20</b>
Referencias	<b>23</b>

# Resumen

En el último decenio, se han logrado enormes avances en materia de respuesta al sida. Desde el año 2000, las nuevas infecciones por el VIH han disminuido<sup>1</sup>, la sociedad se encuentra un poco más cerca de eliminar las infecciones por el VIH entre los niños<sup>2</sup>, ha aumentado el número de personas que viven con el VIH que conocen su estado serológico y reciben tratamiento<sup>3</sup>, y se están reduciendo las muertes relacionadas con el sida (1).<sup>4</sup> Esto se logró gracias al compromiso mundial, el establecimiento de objetivos claros, los recursos, la innovación y el importante papel de las comunidades.

Sin embargo, estos logros no han sido iguales en todos los lugares, regiones y poblaciones. En todo el mundo, la estigmatización, la discriminación, la exclusión y la desigualdad (incluyendo la desigualdad en las relaciones de poder y entre los géneros) siguen haciendo que mujeres y niñas, jóvenes, personas con discapacidad, poblaciones clave y otros grupos afectados<sup>5</sup> sean más vulnerables a la epidemia, y que se les dificulte su acceso a servicios de atención, prevención y tratamiento del VIH. La estigmatización y la discriminación, en cualquiera de sus manifestaciones, aíslan a las personas de los servicios a los que tienen derecho y las alejan de las instituciones que tienen el mandato de prestarles servicios. De promedio, una de cada ocho personas que vive con el VIH afirma que se le ha denegado el acceso a los servicios de salud (1). La estigmatización y la discriminación intersectoriales o combinadas (es decir, aquellas impulsadas por múltiples factores) agravan las dificultades para acceder a los servicios de salud. En un análisis llevado a cabo en Swazilandia, casi el 62% de los hombres que tienen relaciones sexuales

- 1 En 2015, se produjeron 2,1 millones [de 1,8 millones a 2,4 millones] de nuevas infecciones, en comparación con los 3,2 millones [de 2,9 millones a 3,5 millones] en 2000.
- 2 En 2015, 150.000 niños [de 110.000 a 190.000] contrajeron el VIH, un 50 % menos que en 2010.
- 3 A finales de 2015, el 60 % [del 56 % al 65 %] de las personas que viven con el VIH conocían su estado serológico. En junio de 2016, 18,2 millones de personas que viven con el VIH [de 16,1 millones a 19,0 millones] tenían acceso a terapia antirretrovírica, frente a los 15,8 millones de junio de 2015.
- 4 El rápido aumento de los tratamientos que pueden salvar vidas ha contribuido a reducir las muertes relacionadas con el sida en un 45% desde 2005.
- 5 ONUSIDA considera que los hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, los trabajadores sexuales, las personas transgénero y las personas que se inyectan drogas son los cuatro grupos principales de población clave, pero reconoce que los presos y otras personas en centros de internamiento también son especialmente vulnerables al VIH y que no suelen tener un acceso adecuado a los servicios necesarios.

con hombres encuestados indicaron que temían solicitar atención sanitaria como consecuencia de sus relaciones entre personas del mismo sexo. Además, las personas que se han enfrentado a un trato discriminatorio en establecimientos de salud declaran tener más miedo a la hora de solicitar atención sanitaria que aquellas que no han sufrido discriminación (2). El requisito de la autorización de terceros sigue siendo una importante barrera para los adolescentes y los jóvenes a la hora de acceder a la realización de pruebas del VIH en 58 países y a servicios de salud sexual y reproductiva en 72 países (3). En 2015, se registraron 2,1 millones de nuevas infecciones por el VIH y 1,1 millones de muertes por causas relacionadas con el sida en todo el mundo. Las poblaciones clave se ven especialmente afectadas por la epidemia (a continuación se proporcionan más ejemplos) (4).

En 2015, los países aprobaron los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en cuyo marco el ODS 3 establece la importante meta de poner fin a las epidemias del sida, la tuberculosis y la malaria, y combatir la hepatitis, para 2030<sup>6</sup>. Hay otros ODS de importancia fundamental para conseguir este objetivo, como los que se centran en lograr la igualdad de género, promover el empleo y el trabajo decente para todos, y reducir la desigualdad. En la Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2016, aprobada por los Estados Miembros en la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas, se reafirmó que nadie debe quedarse atrás a la hora de abordar todos los ODS y que se debe eliminar la discriminación, también en la atención sanitaria (5). La cero discriminación se encuentra en la base de la visión del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) y constituye una de las metas de su estrategia de vía rápida (6). Esta estrategia se centra en abordar la discriminación en la atención sanitaria, el lugar de trabajo y los centros educativos, y es clave para lograr cumplir con los 10 compromisos de la Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2016<sup>7</sup>.

Con el objetivo de aplicar la vía rápida, ONUSIDA y la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentaron el 1 de marzo de 2016 *la Agenda para*

*la Cero Discriminación en la Atención Sanitaria*, que reúne a todas las partes interesadas en emprender iniciativas conjuntas para que todas las personas, en cualquier sitio, reciban la atención sanitaria que necesitan sin discriminación alguna (7). Para ello, es imprescindible abordar la discriminación en sus diversas formas, eliminando las leyes, políticas y prácticas punitivas que debilitan a las poblaciones clave y otros grupos vulnerables, o les impiden acceder a servicios de salud de buena calidad. Al mismo tiempo, es importante garantizar que los profesionales sanitarios disfruten de sus derechos laborales en el lugar de trabajo, sin ningún tipo de estigmatización ni discriminación, y que se encuentran en un entorno de protección que les permite ejercer sus funciones, derechos y responsabilidades, y protegerse de la exposición ocupacional. Si se sigue otorgando prioridad a las personas y se garantiza que nadie se queda atrás en la respuesta al sida, es posible poner fin a la epidemia del sida en todas las regiones, en todos los países y en todas las comunidades y poblaciones.

En este informe se describen y definen de forma concisa los retos y las repercusiones de la discriminación en los establecimientos de salud. Esta discriminación afecta a las personas que buscan acceder a servicios de atención, apoyo, prevención, realización de pruebas y tratamiento del VIH, así como a los profesionales sanitarios en su lugar de trabajo. Las normas internacionales de derechos humanos proporcionan una justificación para impulsar una acción mundial con el fin de eliminar la discriminación en el sector sanitario. El presente informe pretende ser una referencia para los responsables de la adopción de políticas y otras partes interesadas clave que participan en la formulación de normativas y programas dirigidos a regular la atención sanitaria, con el fin de eliminar la discriminación y otras barreras estructurales que impiden a las personas el derecho al disfrute de una vida sana.

6 Los Objetivos de Desarrollo Sostenible se aprobaron en septiembre de 2015 (<http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>).

7 Los compromisos de la vía rápida están extraídos de la Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2016, aprobada por los Estados Miembros en la Reunión de Alto Nivel sobre el VIH/Sida de la Asamblea General de las Naciones Unidas de 2016, y la Estrategia de ONUSIDA para 2016-2021.

# El desafío de la discriminación en los servicios de salud

En todo el mundo hay personas que se encuentran con barreras a la hora de acceder a una atención sanitaria de calidad. Los motivos de estos obstáculos varían de un país a otro e incluso de una comunidad a otra. Sin embargo, algunas de estas barreras están presentes en todos los casos. Entre ellas, se encuentran diversas formas de discriminación a las que se enfrentan determinados grupos de población. Las poblaciones clave y otros grupos vulnerables siguen sufriendo estigmatización, discriminación, criminalización y malos tratos sobre la base de su estado de salud, real o aparente, y de su raza, condición socioeconómica, edad, sexo, orientación sexual, o identidad y expresión de género. Esta discriminación y otras violaciones de los derechos humanos están extendidas en los establecimientos de salud y afectan la salud de estas poblaciones marginadas. Del mismo modo, los profesionales que trabajan en los establecimientos de salud pueden sufrir discriminación por parte de sus compañeros de trabajo y empleadores.

La discriminación rara vez está relacionada con una sola característica de una persona. A menudo, se ve impulsada por múltiples factores, en cuyo caso se denomina discriminación intersectorial, múltiple o combinada<sup>8</sup>. Es muy frecuente que las personas con mayor riesgo de infección por el VIH se enfrenten a múltiples formas de discriminación. El derecho internacional de los derechos humanos establece que los Estados tienen la responsabilidad de adoptar medidas para abordar todas las formas de discriminación, así como para garantizar el derecho

<sup>8</sup> Véase, por ejemplo, la observación general núm. 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, 2016 (E/C.12/GC/22); el preámbulo y el artículo 6 de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 2006 (A/RES/61/106); la recomendación general núm. 25 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer de las Naciones Unidas, referente a medidas especiales de carácter temporal, 2004.

a acceder a la atención sanitaria sin discriminación<sup>9</sup>. El Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas ha observado que todas las instalaciones sanitarias deben ser accesibles para todas las personas, sin discriminación, lo cual implica la necesidad de garantizar, entre otras cosas, la accesibilidad física y económica de las poblaciones más vulnerables<sup>10</sup>.

El objetivo de una vida sana para todos, y las metas relacionadas con lograr la cobertura universal de salud, terminar con el sida, la tuberculosis, la malaria, la hepatitis y otras enfermedades

transmisibles dependen del abordaje de la estigmatización y la discriminación en la atención sanitaria. Las lecciones aprendidas en la aplicación de programas de derechos humanos como parte de la respuesta al VIH pueden servir como puntos de partida para abordar de forma más amplia la discriminación intersectorial en la atención sanitaria. Entre estas lecciones se encuentra la importancia de la participación de las comunidades afectadas, que ha sido fundamental en la respuesta a la epidemia del VIH.

9 Véase, por ejemplo, la observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 2000; la observación general núm. 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, 2016.

10 Véase, por ejemplo, la observación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud, 2000.

# Comprensión de la discriminación y obligaciones en materia de derechos humanos para la eliminación de la discriminación

La legislación y las normativas que regulan la atención sanitaria deben contar con un sólido fundamento basado en los principios de los derechos humanos. Los programas para su aplicación deben desarrollar las competencias en materia de derechos humanos de los profesionales sanitarios y fortalecer la rendición de cuentas, además de empoderar a los usuarios. La comprensión del contenido y el significado de la discriminación es fundamental para elaborar programas adecuados dirigidos a eliminar la discriminación en los establecimientos de salud y garantizar la rendición de cuentas.

## **Definición del estigma**

El estigma es un fenómeno social perjudicial que se define como un proceso que comienza cuando un atributo concreto o un determinado grupo de características de un individuo se etiqueta y asocia a estereotipos negativos, lo cual conlleva una pérdida de estatus y discriminación para aquellos que poseen dicho atributo (8). La estigmatización relacionada con el VIH se refiere a aquellas creencias, impresiones y actitudes negativas hacia las personas que viven con el VIH, los grupos asociados con las personas que viven con el VIH (p. ej., los familiares de las personas que viven con el VIH) y otras poblaciones clave con mayor riesgo de infección por el VIH, como las personas que se inyectan drogas, los trabajadores sexuales, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres y las personas transgénero (9).

## **Definición de discriminación**

La discriminación, tal como se define en el derecho internacional de los derechos humanos, es cualquier acto o comportamiento que tenga por objeto o resultado menoscabar el disfrute de derechos

humanos fundamentales de las personas en igualdad de condiciones, entre ellos el derecho de acceso a los servicios de salud. El derecho a la no discriminación es el derecho de las personas a recibir un trato respetuoso con la dignidad humana, la autonomía, privacidad y confidencialidad, y a que se garantice la protección contra la coerción y el abuso, también en relación con la atención sanitaria<sup>11</sup>.

La discriminación relacionada con el VIH se refiere al trato injusto (por acción u omisión) de un individuo por su estado serológico real o aparente respecto del VIH o por pertenecer a un segmento de la población que se considera en mayor riesgo de infección por el VIH o más vulnerable a dicha infección. Esta discriminación comprende el trato injusto de poblaciones clave y grupos vulnerables, como los trabajadores sexuales, las personas que se inyectan drogas, las mujeres, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas transgénero, las personas que se encuentran en centros de internamiento, los jóvenes, los migrantes, los refugiados y los desplazados internos. La discriminación relacionada con el VIH suele basarse en creencias y actitudes estigmatizadoras con respecto a determinadas poblaciones, comportamientos y prácticas, así como en relación con el sexo, la enfermedad y la muerte (10). La discriminación relacionada con el VIH puede combinarse con otras formas de discriminación, como la discriminación basada en la raza, el sexo, la condición socioeconómica, la orientación sexual, el género, la identidad o el origen (11).

El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que garantiza el derecho a la salud, entre otros (véase el anexo), es uno de los muchos tratados que establece motivos de discriminación prohibidos. El Comité, encargado de interpretar los derechos y vigilar el cumplimiento del Pacto por parte de los Estados, junto con otros órganos de vigilancia del tratado, también ha establecido varios motivos de discriminación prohibidos, como el estado serológico respecto del VIH, el género, la discapacidad, la orientación sexual y la edad (12, 13, 14, 15). Asimismo, los órganos de supervisión de la Organización Internacional del Trabajo han aprobado numerosas normas internacionales de trabajo, basadas en instrumentos internacionales de derechos humanos aplicables al VIH. En concreto, la recomendación núm. 200 enumera los derechos humanos fundamentales clave que son aplicables a todos los lugares de trabajo de todos los sectores, entre ellos el derecho a no ser discriminado por el estado serológico real o aparente respecto del VIH, por la orientación sexual o por pertenecer a un segmento de población que se considera en mayor riesgo de infección por el VIH o más vulnerable a dicha infección (16) (véase el anexo para obtener más información).

La discriminación puede ser directa o indirecta. Están prohibidas tanto las formas directas como las indirectas de trato diferencial por discriminación (17). La discriminación directa ocurre cuando un individuo recibe un trato menos favorable, por acción u omisión, que otro en una situación similar por una razón relacionada con un motivo prohibido. Por ejemplo, una persona VIH-positiva puede ser discriminada en el ámbito laboral al no

<sup>11</sup> Véase, por ejemplo, la observación general núm. 20 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, relativa a la no discriminación y los derechos económicos, sociales y culturales, 2009 (E/C.12/GC/20); la observación general núm. 22 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, relativa al derecho a la salud sexual y reproductiva, 2016 (E/C.12/GC/22).

ser contratada o si se suscitan dudas con respecto a su capacidad para llevar a cabo sus funciones en el trabajo por su estado serológico real o aparente respecto del VIH. Por lo general, vivir con el VIH no afecta a la capacidad de una persona para llevar a cabo sus funciones en el trabajo, sobre todo si se tienen en cuenta los efectos del tratamiento antirretrovírico sostenible.

La discriminación indirecta hace referencia a las leyes, normativas o prácticas que parecen neutrales en un sentido estricto, pero que tienen un efecto desproporcionado en determinados grupos de personas. Por ejemplo, la necesidad de tener una dirección permanente o de registrarse en una localidad específica para obtener prestaciones para servicios de salud puede afectar de forma indirecta a los migrantes.

Si bien abordar la discriminación es fundamental, no siempre se logra garantizar la igualdad. No basta con asegurar un trato idéntico, sino que, además, debe existir un entorno propicio para lograr igualdad en los resultados (igualdad sustantiva). Deben tenerse en cuenta las diferencias biológicas, así como las diferencias que han creado la sociedad y la cultura, y deben abordarse las causas subyacentes de la discriminación para garantizar que los establecimientos de salud están libres de discriminación (18). Por ejemplo, las iniciativas dirigidas a eliminar la esterilización forzada de las mujeres que viven con el VIH deben reafirmar la naturaleza ilícita de este tipo de esterilización y las escasas probabilidades biológicas de transmisión maternoinfantil del VIH, además de cuestionar los estereotipos subyacentes que consideran que las mujeres que viven con el VIH no son dignas de vivir la maternidad.

Algunos de los factores facilitadores y promotores (19.20) de la discriminación son la estigmatización relacionada con el VIH derivada del temor al VIH,

los prejuicios y los estereotipos; la legislación punitiva centrada en las personas que viven con el VIH y otras poblaciones clave; otras barreras jurídicas y reglamentarias para acceder a los servicios; las deficiencias en las normativas institucionales y los medios de protección para los profesionales sanitarios, y la falta de información y de conocimientos en materia de derechos.

Incluso en aquellos casos en que existe una legislación protectora, son pocas las personas que viven con el VIH, en riesgo o afectadas por el VIH que son capaces de solicitar una compensación cuando se violan sus derechos. Esta falta de acceso a la justicia es más grave en las personas que pertenecen a grupos vulnerables, tales como las mujeres que viven con el VIH, los trabajadores sexuales y las personas que se inyectan drogas. Algunas de las barreras estructurales que obstaculizan el acceso a la justicia son las deficiencias en el acceso a la educación, el analfabetismo, la falta de sensibilización, la carencia de poder económico o de capacidad de negociación, y el sesgo de género. Esta falta de rendición de cuentas conduce a la impunidad de los autores de actos discriminatorios. El derecho a un recurso efectivo es un derecho humano en sí mismo, y su denegación agrava los abusos contra los derechos humanos y pone en peligro la salud.

### **Obligaciones de respetar, proteger y hacer efectivo el goce de los derechos humanos**

En virtud del derecho internacional de los derechos humanos, los Estados que han ratificado los tratados internacionales de derechos humanos (véase el anexo) tienen la obligación de respetar, proteger y garantizar el goce de los derechos humanos. Esta obligación implica la adopción de medidas proactivas en todas las esferas de los

derechos humanos, entre los que se encuentran los derechos sexuales y reproductivos, y a la no discriminación en el lugar de trabajo y en los establecimientos de salud:

- *La obligación de respetar* implica que los Estados deben abstenerse de interferir directa o indirectamente en el disfrute de los derechos humanos. Por ejemplo, los Estados están obligados, en virtud del derecho internacional, a abstenerse de limitar el acceso a terapias antirretrovíricas, preservativos y anticonceptivos. Asimismo, están obligados a abstenerse de ocultar, censurar o tergiversar información sobre la salud (por ejemplo, declarar que el uso de preservativos no impide la propagación del VIH y otras infecciones de transmisión sexual).
- *La obligación de proteger* implica que los Estados deben evitar interferencias de terceros que impidan el ejercicio efectivo de los derechos humanos. Dentro de esta obligación se enmarca la de investigar y sancionar ciertas prácticas del personal sanitario y otras personas, tales como la esterilización forzada de mujeres que viven con el VIH, la interrupción forzada del embarazo en mujeres que viven con el VIH o la negativa a prestar servicios a individuos que pertenecen a las poblaciones clave.
- *La obligación de garantizar el goce de los derechos humanos* implica que los Estados deben adoptar las medidas legislativas, administrativas,

presupuestarias, judiciales y de promoción oportunas, entre otras, para facilitar el pleno disfrute de los derechos humanos, además de promover estos derechos. Por ejemplo, los Estados deben aprobar leyes que prohíban la discriminación de poblaciones clave, también en el lugar de trabajo y los establecimientos de salud. Deben garantizar que el personal sanitario está capacitado para prestar servicios conforme a los derechos humanos (por ejemplo, los servicios deben suministrarse de manera no discriminatoria) y respetando la dignidad y la autonomía de los usuarios. Del mismo modo, los Estados deben garantizar una asignación adecuada de recursos presupuestarios para aplicar leyes y normativas de protección contra la discriminación, y para abordar con eficacia las barreras que impiden disfrutar de los derechos humanos en sus estrategias nacionales de respuesta al sida.

Los Estados tienen la obligación jurídica inmediata de abordar la discriminación en la atención sanitaria y el lugar de trabajo, aunque tengan graves limitaciones en materia de recursos. Debe ofrecerse protección a los miembros vulnerables de la sociedad, para lo cual pueden adoptarse diversas medidas que en realidad no afectan la asignación presupuestaria, como son la mayoría de las estrategias y programas diseñados para eliminar la discriminación en la salud. Esto puede involucrar la adopción, modificación o derogación de legislación, o la diseminación de información a través de programas educativos dirigidos al personal sanitario (21, 22).<sup>12</sup>

12 Véase también la recomendación núm. 200 sobre el VIH y el sida de la Conferencia Internacional del Trabajo, 2010. En esta recomendación se establecen principios de los derechos humanos fundamentales para evitar la transmisión del VIH y mitigar los efectos de la epidemia del VIH en el mundo laboral.

# Repercusiones en la salud y los derechos humanos de la discriminación en establecimientos de salud y lugares de trabajo del ámbito de la atención sanitaria

La discriminación en la atención sanitaria no solo se relaciona con la negativa a prestar servicios de salud. Algunos ejemplos de otros tipos de discriminación presentes en los establecimientos de salud son la facilitación de información errónea, la necesidad de autorizaciones de terceros para la prestación de servicios, la falta de privacidad, el incumplimiento de la norma de confidencialidad, la obligatoriedad de realizar pruebas del VIH y la administración de tratamiento sin consentimiento informado (23, 24, 25). La discriminación relacionada con el VIH, en particular, puede adoptar diversas formas, como la obligatoriedad de realizar pruebas del VIH sin consentimiento previo y sin ofrecer un asesoramiento adecuado (26, 27, 28); la esterilización forzada de las mujeres que viven con el VIH (29); la reducción al mínimo del contacto con los pacientes que viven con el VIH o de su atención por parte del personal sanitario (30); el retraso o la denegación del tratamiento (31, 32); la solicitud de un pago adicional para el tratamiento de la infección (33, 34, 35); el aislamiento de pacientes que viven con el VIH (36); la denegación de servicios de salud materna (37), y la violación de la privacidad y la confidencialidad de los pacientes, a través de la revelación del estado serológico del paciente respecto del VIH a los familiares o empleados del hospital sin autorización (38, 39).

Distintos órganos nacionales e internacionales coinciden en que las anteriores normativas y prácticas, además de violar el derecho a vivir sin discriminación, incumplen otras obligaciones en materia de derechos humanos recogidas en tratados internacionales, así como en leyes y constituciones nacionales. Entre estas obligaciones se encuentran las relativas al derecho a la vida, la salud, la intimidad y la confidencialidad, y la protección contra la violencia, la tortura y otros malos tratos.

Si bien estos tipos de discriminación son abusos contra los derechos humanos y son perjudiciales en sí mismos, también afectan de forma negativa a la salud, ya que se aísla a las personas desde las propias instituciones que tienen el mandato de prestarles servicios y a las que tienen derecho a acceder. Al igual que ocurre en el caso concreto de la estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH, la discriminación en la atención sanitaria menoscaba en mayor medida el acceso de las personas a servicios de prevención, tratamiento y atención, así como la calidad de la atención sanitaria suministrada. Del mismo modo, se puede reducir la adherencia a los regímenes de tratamiento, al dificultar el acceso continuado a los servicios de atención (40, 41, 42). En un análisis sistemático realizado en 2013 de estudios cualitativos y cuantitativos en los que participaron 26.715 personas VIH-positivas residentes en 32 países de todo el mundo, se determinó que la estigmatización relacionada con el VIH pone en peligro la adherencia a la terapia antirretrovírica, sobre todo porque socava el apoyo social y debilita la capacidad de afrontamiento y adaptación (43).

Las actitudes negativas y los comportamientos discriminatorios por parte del personal son incorrectos en sí mismos y pueden disuadir a las personas de acceder a determinados servicios, así como de hacerse pruebas, intercambiar información con el personal y cumplir el tratamiento. En Tailandia, el 88% de los profesionales sanitarios encuestados en 2013 informaron de la existencia de actitudes negativas hacia las personas que viven con el VIH y el 23% de los participantes observó prácticas discriminatorias por parte del personal de su establecimiento de salud en los 12 meses anteriores a la encuesta. Algunas de estas prácticas consistían en la renuencia por parte de

los miembros del personal a prestar atención a las personas que viven con el VIH o en proporcionarles una atención de menor calidad en comparación con otros pacientes (44). Sobre la base de los datos agregados del Índice de Estigma en Personas que Viven con el VIH de 50 países, una de cada ocho personas que viven con el VIH afirma que se le ha negado la atención sanitaria (45).

Como se ha indicado antes, los profesionales sanitarios que viven con el VIH también se ven afectados por prácticas estigmatizadoras y discriminatorias relacionadas con el VIH, entre ellas la obligatoriedad de realizarse pruebas rutinarias del VIH como condición previa para el empleo, y la discriminación y estigmatización en el lugar de trabajo dentro de su propia profesión (46, 47). Además, la ausencia de entornos laborales propicios para los profesionales sanitarios supone un riesgo para ellos: se calcula que en todo el mundo se producen más de 50.000 infecciones por hepatitis y 1.000 por el VIH entre los profesionales sanitarios cada año a causa de lesiones producidas por pinchazos con agujas (48). La incapacidad de acceder a equipos de protección personal, de conformidad con las precauciones universales, y la falta de conocimientos sobre los modos de transmisión del VIH acentúan el miedo, y fomentan la estigmatización y la discriminación. Resulta fundamental abordar estos factores impulsores de la discriminación y empoderar a los trabajadores sanitarios a través de medidas como, entre otras, la garantía del pleno respeto, la protección y el fomento de sus derechos laborales.

A menudo, las poblaciones clave y otros grupos vulnerables reciben una atención insuficiente y se encuentran con importantes barreras que les impiden ejercer de forma efectiva los derechos relacionados con la salud. Por ejemplo, es posible

que estas poblaciones no dispongan en gran medida de acceso a información y servicios relacionados con el VIH o con la salud sexual y reproductiva, o que los que reciban sean de inferior calidad, lo cual afecta a la calidad de su salud. Ello se debe, entre otras cosas, a la presencia de barreras físicas o geográficas, a la falta o la alteración de información, y a la existencia de prácticas discriminatorias (49). Por ejemplo, las mujeres indígenas, las mujeres pertenecientes a otros grupos minoritarios, las mujeres con discapacidad, las mujeres que viven con el VIH y las personas transgénero han sido objeto de esterilizaciones forzadas (50, 51, 52). Este tipo de prácticas son reflejo de formas intersectoriales o combinadas de discriminación y, además, violan otros derechos, como el derecho a decidir el número de hijos, el espaciamiento entre los nacimientos y el momento de tenerlos, los derechos a la intimidad y la salud, y el derecho a no sufrir tratos inhumanos y degradantes. Además, están reconocidas como formas de violencia contra las mujeres (53).

El derecho internacional de los derechos humanos establece que se debe prestar especial atención a las poblaciones que viven en situaciones desventajosas y de vulnerabilidad. En armonía con este principio, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible incluye los compromisos de no dejar a nadie atrás y de comenzar por abordar en primer lugar las necesidades de las poblaciones a las que es más difícil llegar<sup>13</sup>. ONUSIDA ha determinado que las siguientes poblaciones son especialmente vulnerables a la discriminación y, por ello, se han quedado atrás en la respuesta frente al sida hasta la fecha: las adolescentes y las jóvenes, los reclusos, los migrantes, las personas con discapacidad, las personas que se inyectan drogas, los trabajadores sexuales, los hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las

personas transgénero, los niños y las mujeres embarazadas que viven con el VIH, los desplazados, las personas de 50 años o más, y las personas que viven con el VIH en general.

Las leyes, normas y prácticas que discriminan a estas poblaciones clave crean un entorno que contribuye a su discriminación en la atención sanitaria y que tiene un impacto negativo en su salud (54). Por ejemplo:

- Se estima que en todo el mundo hay 12 millones de personas que se inyectan drogas, de las cuales una de cada diez vive con el VIH. Las personas que se inyectan drogas sufren criminalización casi de forma universal por el consumo de drogas o por el estilo de vida que adoptan para seguir consumiéndolas (55). Las tasas de cobertura de la terapia antirretrovírica entre las personas que se inyectan drogas son menores que entre quienes no consumen drogas, al igual que ocurre con los índices de acceso a los servicios de salud en términos generales (56).
- Las probabilidades de que los trabajadores sexuales contraigan el VIH son diez veces mayores que entre los adultos de la población general. El trabajo sexual está penalizado o es ilegal en 116 países. En algunas partes del mundo, puede detenerse a los trabajadores sexuales por llevar preservativos, lo cual se considera una prueba de participar en actividades sexuales ilegales (57). La penalización aumenta la vulnerabilidad al VIH, ya que impulsa la estigmatización y la discriminación; limita el acceso a servicios relacionados con el VIH y la salud sexual, así como a preservativos y servicios de reducción de daños, y afecta de forma

13 Algunos ejemplos de estos grupos de población son las minorías sexuales, raciales y étnicas; la población indígena; los migrantes; los refugiados y los desplazados internos; los trabajadores sexuales; los niños y adolescentes; las personas con discapacidad física o mental, y, en particular, las mujeres que forman parte de estos grupos. Recomendación general núm. 14 del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, relativa al derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud (artículo 12, párrs. 18 a 27), 2000; recomendación general núm. 24 del Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer, relativa a la mujer y la salud (artículo 12, párr. 6), 1999.

negativa a la autoestima de los trabajadores sexuales y su capacidad para adoptar decisiones fundamentadas sobre su salud (58).

- En todo el mundo, las probabilidades de que los hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres contraigan el VIH son 24 veces mayores que entre la población general. Las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo están penalizadas en 73 países y territorios (59). Existen varios informes que ponen de manifiesto el vínculo entre la penalización y las restricciones al acceso a la atención sanitaria. Algunos estudios llevados a cabo recientemente con el objetivo de evaluar los efectos de la penalización de las relaciones entre personas del mismo sexo concluyeron que los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres afirmaron tener más temor a la hora de solicitar atención médica y evitar en mayor medida la atención sanitaria tras la aplicación de este tipo de legislación (60). Según algunos estudios, se han constatado graves alteraciones en la disponibilidad de los servicios de salud, entre ellos los relacionados con el VIH, así como en el acceso a dichos servicios, tras la amplia difusión de enjuiciamientos de hombres gays y otros hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (61).
- La prevalencia del VIH entre los migrantes que llegan a Tailandia procedentes de países vecinos es hasta cuatro veces la tasa de prevalencia del VIH registrada entre la población general. En los países europeos, los migrantes indocumentados se enfrentan a complejos obstáculos, como la imposibilidad de acceder a servicios de salud o protección social, lo cual se debe, entre otras cosas, a la limitación de sus derechos jurídicos a seguros médicos, sobre todo si se encuentran en situación irregular. Las restricciones a la entrada, la

estancia o la residencia relacionadas directamente con el VIH, a pesar de ser innecesarias, discriminatorias e ineficaces a la hora de proteger la salud pública, siguen vigentes en al menos 35 países, territorios y zonas (62). La migración y la exclusión social que suele acompañar a los migrantes, así como las barreras para acceder a la atención sanitaria (entre las que se encuentran los problemas de asequibilidad), pueden aumentar la vulnerabilidad de las personas al VIH (63).

- En general, las probabilidades de contraer el VIH son 49 veces mayores entre las mujeres transgénero que entre todos los adultos en edad reproductiva. La mayor parte de los países no dispone de un marco jurídico conforme a los derechos humanos para el reconocimiento jurídico del género que cada individuo manifiesta, de modo que, en muchas ocasiones, la documentación jurídica no refleja la identidad de género de las personas. En consecuencia, se niega o dificulta a las personas el acceso a servicios básicos, como la atención sanitaria (64).
- Hoy en día, en todo el mundo se producen aproximadamente 50.000 infecciones por hepatitis y 1.000 por el VIH entre los profesionales sanitarios cada año a causa de lesiones producidas por pinchazos con agujas (65). La ausencia de entornos laborales propicios para los profesionales sanitarios supone un riesgo para ellos. Por ejemplo, la falta de acceso a medios de protección, a pesar de su sencillez y bajo costo, acentúa el temor, y fomenta la estigmatización y la discriminación. Otro ejemplo es la imposibilidad de acceder a capacitación.
- Las mujeres de entre 15 y 24 años, que tienen un riesgo especialmente alto de infección por el VIH, representaron el 20% de las nuevas infecciones por el VIH entre los adultos de todo el mundo en 2015, a pesar de que solo

constituyen el 11% de la población adulta. En África Subsahariana, las jóvenes representaron el 25% de las nuevas infecciones por el VIH entre los adultos, mientras que las mujeres supusieron un 56% de las nuevas infecciones por el VIH entre los adultos (66). Se ha establecido una clara asociación entre las experiencias de violencia física y emocional dentro de la pareja, en entornos con un comportamiento de control por parte de los hombres y con una prevalencia del VIH por encima del 5%, y las infecciones por el VIH entre las mujeres (67). Además, las barreras para acceder a los servicios de salud, como la necesidad de contar con una autorización de terceros, disuaden a muchas adolescentes y jóvenes de solicitar información y servicios relacionados con la salud sexual y reproductiva. Esta situación puede dar lugar a abortos inseguros, embarazos no deseados e infecciones por el VIH (68). Según algunos estudios, el requisito de contar con el consentimiento de los padres disuade a las adolescentes de acceder a los servicios de salud sexual y reproductiva que necesitan, si bien la legislación que protege la confidencialidad las alienta a protegerse (69).

- En un estudio llevado a cabo en cuatro países, se puso de manifiesto que las mujeres que viven con el VIH tenían más probabilidades de sufrir discriminación que los hombres que viven con el VIH (70). Las prácticas discriminatorias se producen sobre todo en establecimientos de salud reproductiva. Por ejemplo, es frecuente que las mujeres afirmen haber sido objeto de prácticas discriminatorias en relación con el embarazo, como la recomendación de no tener hijos (71), un trato inadecuado o la denegación de atención durante el parto (72),

y la esterilización forzada de las mujeres que viven con el VIH (73). Este tipo de discriminación puede tener repercusiones especialmente importantes para la salud de las mujeres y las iniciativas dirigidas a eliminar la transmisión maternoinfantil del VIH, puesto que es menos probable que las mujeres que se han enfrentado a estigmatización y discriminación relacionadas con el VIH accedan a un tratamiento y una atención prenatales y posnatales (74).

La Comisión Mundial sobre el VIH y la Legislación<sup>14</sup> llevó a cabo una amplia labor de investigación, consulta, análisis y deliberación para examinar los vínculos entre los entornos jurídicos y las respuestas frente al VIH. En su informe final, *El VIH y la ley: riesgos, derechos y salud* (julio de 2012), la Comisión puso de relieve que las mujeres afectadas por el VIH sufrían discriminación de forma habitual en establecimientos de salud. Estas son algunas de las recomendaciones del informe:

- Eliminar las barreras legales que impiden el acceso de las mujeres a los servicios de salud sexual y reproductiva.
- Garantizar que los profesionales de la salud proporcionen a las mujeres información completa sobre las opciones sexuales y reproductivas, y que obtengan su consentimiento informado en todos los asuntos relacionados con su salud.
- Capacitar a los profesionales de la salud sobre el consentimiento informado, la confidencialidad y la no discriminación.
- Proveer a las instituciones de salud de mecanismos accesibles de reclamaciones e indemnización (75).

14 La Comisión es un organismo independiente convocado por el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en representación de ONUSIDA.

# Rendición de cuentas para eliminar la discriminación en la atención sanitaria

Como parte de sus obligaciones en materia de derechos humanos, los Estados deben garantizar la existencia de iniciativas de rendición de cuentas y compensación, dentro de las cuales se incluye la vigilancia del cumplimiento con el principio de no discriminación en los establecimientos de salud. En el contexto de estas iniciativas de rendición de cuentas, es importante disponer de sólidos mecanismos y marcos de vigilancia y evaluación<sup>15</sup> a fin de controlar los resultados de los programas, así como de crear una base empírica y compartirla, para lo cual es necesario garantizar la reunión de datos y mejores prácticas dirigidas a eliminar la discriminación en los establecimientos de salud. Los factores impulsores y las manifestaciones de la estigmatización y la discriminación en la atención sanitaria puede evaluarse sobre la base de las experiencias que las personas que viven con el VIH han expuesto a través de las encuestas del Índice de Estigma en Personas que Viven con el VIH (77), así como de las experiencias que las poblaciones clave afirman haber vivido en encuestas integradas de vigilancia bioconductual, por ejemplo. Los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales sanitarios también deben abordarse con regularidad a fin de que sirvan de base para los programas y de que fortalezcan la rendición de cuentas.

15 En todo el mundo se han respaldado varios indicadores para la vigilancia de los avances hacia la cero discriminación. Estos pueden encontrarse en el Registro de Indicadores (<http://www.indicatorregistry.org>), un depósito central de información sobre los indicadores que se utilizan para realizar el seguimiento de la epidemia del sida, y de la respuesta nacional y mundial, a través del enlace "estigma y discriminación" situado en la parte derecha de la pantalla.

# Oportunidad para la acción

En septiembre de 2015, los Estados Miembros de las Naciones Unidas aprobaron la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (78). En ella se expone una visión para el desarrollo sostenible que se fundamenta en las normas internacionales de derechos humanos y que, al comprometerse a garantizar vidas sanas y crear sociedades inclusivas, hace girar sus objetivos en torno al respeto de la igualdad y la responsabilidad de no dejar a nadie atrás. El Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 se basa en gran medida en la mejora de las iniciativas dirigidas a garantizar una cobertura sanitaria universal y muestra la firme intención de abordar las barreras al acceso con el fin de garantizar el acceso mejorado a los servicios para todos, en todos los lugares del mundo. Las normas internacionales de derechos humanos y las libertades fundamentales son aplicables a todos los seres humanos, con independencia de que su comportamiento u ocupación sea o no legal en un determinado país.

La Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2016 reafirma "la necesidad de que todos los países cumplan los compromisos y promesas que se enuncian en la presente Declaración, de conformidad con [...] las normas internacionales de derechos humanos" (79). Entre los compromisos estatales se encuentran el de garantizar que los servicios de salud "cumplan las normas de derechos humanos y [...] que se eliminen y prohíban todas las formas de violencia, la discriminación y las prácticas coercitivas en los entornos de asistencia sanitaria". Con respecto al VIH, esto implica que todos los seres humanos deben tener igualdad de acceso a servicios de prevención, tratamiento, atención y apoyo relacionados con el VIH sin sufrir estigmatización ni discriminación.

En la Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2016, los Estados Miembros se comprometen a

abordar la discriminación en la atención sanitaria, la educación y el lugar de trabajo. En la Estrategia de ONUSIDA para 2016-2021, aprobada en octubre de 2015, se reconoce que los establecimientos de salud se encuentran entre los entornos donde es más común que las personas sufran estigmatización y discriminación relacionadas con el VIH, y se fija una meta clara para eliminar la discriminación relacionada con el VIH, centrándose especialmente en la atención sanitaria, el lugar de trabajo y los centros educativos. En la Estrategia Mundial de Recursos Humanos para la Salud: Personal Sanitario 2030 (81), de la OMS, se otorga una prioridad similar a la eliminación de la discriminación en la atención sanitaria.

# El camino a seguir: una agenda para la cero discriminación

ONUSIDA, la OMS y la Alianza Mundial en pro del Personal Sanitario (GHWA) unieron sus fuerzas para abordar el problema de la discriminación en los establecimientos de salud y pusieron en marcha el desarrollo de una Agenda para la Cero Discriminación en la Atención Sanitaria (82), idea que surgió a partir de una consulta realizada en noviembre de 2015. En ella participaron, entre otros, organismos de las Naciones Unidas, la sociedad civil, asociaciones de profesionales y gobiernos. Esta consulta dio lugar al reconocimiento de que es necesario abordar la eliminación de la discriminación relacionada con el VIH en el contexto de la discriminación en los establecimientos de salud, en general, así como en el contexto de la discriminación sistemática de poblaciones clave y de sus repercusiones en la respuesta frente al sida. Por ejemplo, si no se pone fin a la violencia contra la mujer en general, y a la discriminación de las mujeres y las niñas en los establecimientos de salud, no se puede abordar el aumento de los niveles de abortos inseguros, embarazos no deseados e infecciones por el VIH. Además, para garantizar una cobertura sanitaria universal, con un personal sanitario capacitado y motivado como requisito previo, es necesario eliminar las prácticas discriminatorias de la atención sanitaria, dentro de las cuales también se incluyen las ejercidas por los profesionales sanitarios y contra ellos.

El 1 de marzo de 2016, ONUSIDA, la OMS y GHWA presentaron, con un apoyo cada vez mayor de partes interesadas de todo el mundo, la Agenda para la Cero Discriminación en la Atención Sanitaria. Esta Agenda concede prioridad a tres esferas de acción fundamentales:

- Repercusiones políticas: aumento del compromiso político movilizando a grupos interesados clave a fin de garantizar que se otorga prioridad a este problema en todos los niveles.
- Rendición de cuentas: promoción de los marcos de vigilancia y evaluación para crear una base

empírica, monitorizar los avances y garantizar la rendición de cuentas.

- Aplicación: fomento de una aplicación ampliada de medidas eficaces para lograr una atención sanitaria sin discriminación.

La Agenda propone un camino a seguir para abordar este reto. Exhorta a las partes interesadas a que garanticen la protección de los derechos humanos y la salud a través de las siguientes iniciativas:

- Fomento de la capacidad y las competencias del personal sanitario para lograr una prestación de servicios sin estigmatización ni discriminación, a través de medidas como, entre otras, ofrecer al personal sanitario una capacitación adecuada y acceso a equipos de protección personal.
- Apoyo de la creación y el intercambio de una base empírica y mejores prácticas para eliminar la discriminación en los establecimientos de salud.
- Inversión en mecanismos de rendición de cuentas y compensación.
- Fortalecimiento de los mecanismos y marcos de vigilancia, evaluación y rendición de cuentas para lograr una atención sanitaria sin discriminación.
- Establecimiento de normas para una atención sanitaria sin discriminación que, entre otras cosas, garanticen:
  - La eliminación de barreras jurídicas y normativas que impiden ofrecer una atención sanitaria sin discriminación, a través de medidas como, entre otras, prohibir las pruebas y los tratamientos obligatorios, así como otras prácticas coercitivas, y respetar la intimidad y la confidencialidad de los pacientes.

- La prestación de servicios de salud oportunos, de calidad y libres de prejuicios en los establecimientos de salud, con independencia del género, la identidad o expresión de género, el sexo, la nacionalidad, la edad, la discapacidad, el origen étnico, la orientación sexual, la religión, el idioma, la condición socioeconómica, el estado serológico real o aparente respecto del VIH, u otros estados de salud, y con independencia de que el paciente en cuestión sea un trabajador sexual, consuma droga, viva en un centro de internamiento o sea un trabajador migratorio.
- La facilitación activa de información a las personas sobre sus derechos humanos por parte de los profesionales sanitarios.
- La existencia de mecanismos eficaces de presentación de reclamaciones, así como de compensación y rendición de cuentas, para los casos de discriminación y violación de los derechos de los clientes y los profesionales sanitarios.
- La vinculación de las poblaciones clave y vulnerables con otros proveedores de servicios, redes de ayuda mutua u organizaciones comunitarias, o con servicios jurídicos, de ser necesario.
- Apoyo del empoderamiento de los clientes, los trabajadores y la sociedad civil para demandar una atención sanitaria y lugares de trabajo sin discriminación, a través de medidas como, entre otras, la participación de comunidades afectadas en la elaboración de normativas y programas que promuevan la igualdad y la no discriminación en los establecimientos de salud y otros lugares de trabajo.

# Anexo: los derechos humanos internacionales y el VIH

## **Las normas internacionales de derechos humanos y el VIH: las obligaciones y los compromisos políticos de los tratados**

Los derechos humanos son inherentes a todos los seres humanos. Los derechos humanos son universales e inalienables, y se aplican por igual a todas las personas, sin distinción ni discriminación de ningún tipo. Los derechos humanos y las libertades fundamentales son interdependientes, indivisibles y están relacionados entre sí. Se expresan en instrumentos, como tratados y convenciones, que pueden ser ratificados por los países.

A continuación, se ofrece una selección de normas, resoluciones y declaraciones de derechos humanos clave que resultan de interés para la respuesta frente al VIH. No pretende ser una lista completa: existen muchos otros textos en los planos internacional y regional que pueden ser igual de importantes.

Algunos de estos instrumentos internacionales son los siguientes:

- Declaración Universal de Derechos Humanos (1948).
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966).
- Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966).
- Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (1979).
- Convención contra la Tortura (1984).

- Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
- Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares (1990).
- Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).

La no discriminación no se contempla de manera aislada con respecto a otros derechos. Los siguientes derechos también son especialmente adecuados para garantizar la cero discriminación en la atención sanitaria y pueden encontrarse en los instrumentos antes citados:

- El derecho a la vida.
- El derecho a la libertad y a la seguridad personales.
- El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.
- El derecho a la igualdad.
- El derecho a la libertad de circulación.
- El derecho a solicitar asilo y gozar de él.
- El derecho a la intimidad.
- El derecho a la libertad de opinión y expresión, y el derecho a recibir y difundir libremente información.
- El derecho a la libertad de asociación.
- El derecho a contraer matrimonio y fundar una familia.
- El derecho al trabajo.
- El derecho a la igualdad de acceso a la educación.
- El derecho a un nivel de vida adecuado.
- El derecho a la seguridad, la asistencia y el bienestar sociales.
- El derecho a beneficiarse del progreso científico.
- El derecho a participar en la vida pública y cultural.
- El derecho a un recurso efectivo.
- El derecho a no ser sometido a torturas ni a otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes.

### **Declaraciones políticas de la Asamblea General de las Naciones Unidas**

La Asamblea General de las Naciones Unidas ha aprobado cuatro declaraciones políticas sobre el VIH y el sida, en virtud de las cuales los Estados Miembros han adquirido compromisos políticos para abordar el VIH y el sida, así como los diversos factores que los impulsan, y la discriminación:

- Declaración de Compromiso en la Lucha contra el VIH/Sida de 2001.
- Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida de 2006.
- Declaración Política de las Naciones Unidas sobre el VIH y el Sida de 2011.
- Declaración Política sobre el VIH y el Sida de 2016.

### **Documentos de la Organización Internacional del Trabajo**

- Organización Internacional del Trabajo, recomendación núm. 200 sobre el VIH y el sida (2010).
- Convenio sobre la Inspección del Trabajo, 1947 (Núm. 81).
- Convenio sobre Igualdad de Remuneración, 1951 (Núm. 100).
- Convenio sobre la Inspección del Trabajo (Agricultura), 1969 (Núm. 129).
- Convenio sobre la Edad Mínima, 1973 (Núm. 138).
- Convenio sobre la Consulta Tripartita (Normas Internacionales del Trabajo), 1976 (Núm. 144).
- Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores, 1981 (Núm. 155).
- Convenio sobre los Trabajadores con Responsabilidades Familiares, 1981 (Núm. 156).
- Convenio sobre la Terminación de la Relación de Trabajo, 1982 (Núm. 158).
- Convenio sobre las Peores Formas de Trabajo Infantil, 1999 (Núm. 182).
- Convenio sobre la Protección de la Maternidad, 2000 (Núm. 183).
- Convenio sobre el Marco Promocional para la Seguridad y Salud en el Trabajo, 2006 (Núm. 187).
- Convenio sobre las Trabajadoras y los Trabajadores Domésticos, 2011 (Núm. 189).

# Referencias

1. Fact sheet November 2016, UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/HowAIDSchangedeverything/factsheet>). Get on the Fast-Track. The life-cycle approach to HIV. UNAIDS; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Get-on-the-Fast-Track\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Get-on-the-Fast-Track_en.pdf)).
2. The gap report, UNAIDS; 2014. ([http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf)).
3. Risher K, Adams D, Sithole B, Ketende S, Kennedy C, Mnisi Z, Mabusa X, Baral SD. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(3Suppl. 2):18715.
4. Prevention gap report. UNAIDS; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-prevention-gap-report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf)). Fact sheet November 2016. UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>).
5. Fact sheet November 2016, UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>).
6. On the Fast-Track to ending the AIDS epidemic. UN Secretary-General to the UN General Assembly, Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the 2016 Political Declaration on HIV and AIDS; 2016 (A/70/811).
7. Fast-Track: ending the AIDS epidemic by 2030. UNAIDS; 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2686\\_WAD2014report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf)).
8. Agenda for zero discrimination in health care. UNAIDS; 2016 (<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/Agenda-zero-discrimination-healthcare>).
9. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(Suppl. 2):18734.
10. Guidance note. Reduction of HIV-related stigma and discrimination. UNAIDS; 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2014unaidsguidancenote\\_stigma\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf)).
11. Guidance note. Reduction of HIV-related stigma and discrimination. UNAIDS; 2014 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2014unaidsguidancenote\\_stigma\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf)).
12. People Living with HIV Stigma Index. UNAIDS; 2016 (<http://www.stigmaindex.org>).
13. General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000 (E/C.12/GC/14).
14. General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/GC/20).
15. General Comment No. 22: The right to sexual and reproductive health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2016 (E/C.12/GC/22).
16. United Nations Human Rights Committee, *Toonen v Australia* (1994); General Recommendation 15, Avoidance of discrimination against women in national strategies for the prevention and control of acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), CEDAW Committee; 1990.
17. HIV and AIDS Recommendation No. 200. International Labour Organization; 2010.
18. General Comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2009 (E/C.12/GC/20).
19. General Recommendation 25: Temporary special measures. Convention on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women; 2004.
20. Stangl A, Go V, Zelaya C, Brady L, Nyblade L, Stackpool-Moore L, Hows J, Sprague L, Nykanen-Rettaroli L, de Zaldouondo B. Enabling the scale-up of efforts to reduce HIV stigma and discrimination: a new framework to inform program implementation and measurement ([http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Water/ContributionsStigma/others/UNAIDS1\\_Stangl\\_et\\_al-Conceptual\\_Frameworkfor\\_HIV-relatedStigma.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Water/ContributionsStigma/others/UNAIDS1_Stangl_et_al-Conceptual_Frameworkfor_HIV-relatedStigma.pdf)); Aparna Jain,
21. Jain A, Nyblade L. Scaling up policies, interventions and measurement for stigma-free HIV prevention, care, and treatment services, Health Policy Project; 2012.
22. General Comment 14: On the right to the highest attainable standard of health. UN Committee on Economic Social and Cultural Rights; 2000.
23. General Comment 22: The right to sexual and reproductive health. United Nations Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2016.
24. General Comment 24: Women and health. UN Committee on the Elimination of all Forms of Discrimination Against Women; 1999.
25. General Comment 22: On sexual and reproductive health. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2016.
26. General Comment 14: On the right to the highest attainable standard of health. UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights; 2000.
27. Mahendra V, Gilborn L, Bharat S, Mudoi R, Gupta I, George B, Samson L, Daly C, Pulervitz J. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: a developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 2007;4(2):616-25.
28. Paxton S, Gonzales G, Uppakaew K, Abraham KK, Okta S, Green C, Nair KS, Parwati Merati T, Thephtien B, Marin M, Quesada A. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*. 2005;17(4): 413-24.
29. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
30. Interagency statement on forced or coerced sterilization. Geneva: World Health Organization; 2014.

31. Paxton S, Gonzales G, Uppakaew K, Abraham KK, Okta S, Green C, Nair KS, Parwati Merati T, Thephtien B, Marin M, Quesada A. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*. 2005;17(4):413-24.
32. Neuman M, Obermeyer CM, MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS and Behavior*. 2013;17(5):1796-1808.
33. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
34. Elamon J. A situational analysis of HIV/AIDS-related discrimination in Kerala, India. *AIDS Care*. 2005;17(Suppl. 2):S141-51.
35. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
36. Mahendra V, Gilborn L, Bharat S, Mudoi R, Gupta I, George B, Samson L, Daly C, Pulervitz J. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: A developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 2007;4(2):616-25.
37. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
38. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance*. 2011;8(3):138-49.
39. Mahendra V, Gilborn L, Bharat S, Mudoi R, Gupta I, George B, Samson L, Daly C, Pulervitz J. Understanding and measuring AIDS-related stigma in health care settings: A developing country perspective. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 2007;4(2):616-25.
40. Paxton S, Gonzales G, Uppakaew K, Abraham KK, Okta S, Green C, Nair KS, Parwati Merati T, Thephtien B, Marin M, Quesada A. AIDS-related discrimination in Asia. *AIDS Care*. 2005;17(4):413-24.
41. Stangl AL, Lloyd JK, Brady LM, Holland CE, Baral S. A systematic review of interventions to reduce HIV-related stigma and discrimination from 2002 to 2013: how far have we come? *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(Suppl. 2):18734.
42. Neuman M, Obermeyer CM, MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS and Behavior*. 2013;17(5):1796-1808.
43. Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN, Davis C, Cunningham WE. The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care STDS*. 2007; 21(8):584-92.
44. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, Tsai AC. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(Suppl. 2).
45. Developing tools and methods to measure HIV-related stigma and discrimination in health care settings in Thailand. Bangkok: International Health Policy Program Ministry of Public Health; 2014 ([http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00KHKM.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KHKM.pdf)).
46. The gap report, UNAIDS; 2014 ([http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf)).
47. Developing tools and methods to measure HIV-related stigma and discrimination in health care settings in Thailand. Bangkok: International Health Policy Program Ministry of Public Health; 2014 ([http://pdf.usaid.gov/pdf\\_docs/PA00KHKM.pdf](http://pdf.usaid.gov/pdf_docs/PA00KHKM.pdf)).
48. Health Policy Project. Piloting the questionnaire "Measuring HIV-related stigma and discrimination among health workers" in Nyanza Province, Kenya. Health Policy Project; 2014.
49. WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health-care settings. Geneva; WHO; 2015 ([http://www.who.int/injection\\_safety/global-campaign/injection-safety\\_guidline.pdf?ua=1](http://www.who.int/injection_safety/global-campaign/injection-safety_guidline.pdf?ua=1)).
50. The right to contraceptive information and services for women and adolescents. New York: Center for Reproductive Rights and UNFPA; 2010.
51. General Recommendation 25: Gender related dimensions of racial discrimination, paras 1 and 2. Committee on the Elimination of Racial Discrimination; 2000.
52. Report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment, Manfred Nowak, para 38. Geneva: UN Human Rights: Office of the High Commissioner; 2008.
53. General comment 9: The rights of children with disabilities, para 60. Committee on the Rights of the Child; 2007.
54. Committee on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women. Communication no. 4/2004. Thirty-sixth session, AS. v. Hungary. 2006; European Court of Human Rights, VC v Slovakia (2011).  
  
General Recommendation 19: Violence against women, Article 16, para 22. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women; 1999.  
  
General Recommendation 21: Equality in marriage and family relations, paras 21-23. Committee on the Elimination of Discrimination Against Women; 1994.  
  
General Recommendation 24: Women and health, Article 12, paras 20-23, 31(b, c). Committee on the Elimination of Discrimination Against Women; 1999.  
  
260: Resolution on Involuntary Sterilisation. African Commission on Human and Peoples' Rights; 2013 (<http://www.achpr.org/sessions/54th/resolutions/260>).
55. Kinsler JJ, Wong MD, Sayles JN, Davis C, Cunningham WE. The effect of perceived stigma from a health care provider on access to care among a low-income HIV-positive population. *AIDS Patient Care STDS*. 2007;21(8):584-92.

56. Do no harm: health, human rights and people who use drugs. UNAIDS; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/donoharm\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf)).
57. The gap report. UNAIDS; 2014. ([http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS\\_Gap\\_report\\_en.pdf](http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf)).
58. Prevention and treatment of HIV and other sexually transmitted infections for sex workers in low and middle income countries, recommendations for a public health approach. WHO, UNFPA, UNAIDS; 2012.  
Ten reasons to decriminalize sex work. Open Society Foundations; 2012.
59. Sex work and the law in Asia and the Pacific. UNAIDS, UNFPA, UNDP; 2012 (<http://www.undp.org/content/dam/undp/library/hivaids/English/HIV-2012-SexWorkAndLaw.pdf>).
60. State-sponsored homophobia, a world survey of laws: criminalization, protection and recognition of same sex love. International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association; 2016.
61. Schwartz SR, Nowak RG, Orazulike I, Keshinro B, Ake J, Kennedy S, TRUST Study Group. The immediate effect of the Same-Sex Marriage Prohibition Act on stigma, discrimination, and engagement on HIV prevention and treatment services in men who have sex with men in Nigeria: analysis of prospective data from the TRUST cohort. *The Lancet HIV*. 2015;2(7):e299-e306.  
Risher K, Adams D, Sithole B, Ketende S, Kennedy C, Mnisi Z, Mabusa X, Baral SD. Sexual stigma and discrimination as barriers to seeking appropriate healthcare among men who have sex with men in Swaziland. *Journal of the International AIDS Society*. 2013;16(3Suppl. 2):18715.
62. The gap report. UNAIDS; 2014.
63. Welcome (Not). UNAIDS; 2015 ([http://www.unaids.org/en/resources/infographics/20120514\\_travel](http://www.unaids.org/en/resources/infographics/20120514_travel)).
64. On the Fast-Track to ending the AIDS epidemic, para 54. UN Secretary-General to the UN General Assembly, Implementation of the Declaration of Commitment on HIV/AIDS and the 2016 Political Declaration on HIV and AIDS; 2016 (A/70/811).  
Migrants, monitoring implementation of the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2014 progress report. European Centre for Disease Prevention and Control; 2015.  
The gap report. UNAIDS; 2014.
65. License to be yourself. Open Society Foundations; 2014 ([http://www.wpath.org/uploaded\\_files/140/files/license-to-be-yourself-20140501.pdf](http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/license-to-be-yourself-20140501.pdf)).  
Fact sheet: legal gender recognition. Transgender Europe ([http://www.tgeu.org/sites/default/files/LGR\\_factsheet-web.pdf](http://www.tgeu.org/sites/default/files/LGR_factsheet-web.pdf)).
66. WHO guideline on the use of safety-engineered syringes for intramuscular, intradermal and subcutaneous injections in health-care settings. Geneva: WHO; 2015.
67. Prevention gap report. UNAIDS; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2016-prevention-gap-report\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2016-prevention-gap-report_en.pdf)).
68. Durevall D, Lindskog A. Intimate partner violence and HIV in ten sub-Saharan African countries: what do the demographic and health surveys tell us? *Lancet Global Health*. 2015;3(1):e34-43. doi: 10.1016/S2214-109X(14)70343-2.
69. Sexual health, human rights and the law. Geneva: WHO; 2015.
70. Dailard C, Turner Richardson C. Teenagers access to confidential reproductive health services. *Guttmacher Institute*. 2005;8(4) (<https://www.guttmacher.org/pubs/tgr/08/4/gr080406.html>).
71. Neuman M, Obermeyer CM, MATCH Study Group. Experiences of stigma, discrimination, care and support among people living with HIV: a four country study. *AIDS and Behavior*. 2013;17(5).
72. Nayar US, Stangl AL, De Zaldondo B, Brady LM. Reducing stigma and discrimination to improve child health and survival in low- and middle-income countries: promising approaches and implications for future research. *Journal of Health Communication*. 2014; 19:142-63.
73. Bohren MA, Vogel JP, Hunter EC, Lutsiv O, Makh SK, et al. The mistreatment of women during childbirth in health facilities globally: a mixed-methods systematic review. *PLOS Medicine*. 2015;12(6):e1001847. doi: 10.1371/journal.pmed.1001847.
74. Interagency statement on forced or coerced sterilization. Geneva: WHO; 2014.
75. Turan J, Nyblade L. HIV-related stigma as a barrier to achievement of global PMTCT and maternal health goals: a review of the evidence. *AIDS and Behaviour*. 2013; 17(7):2528-39. doi: 10.1007/s10461-013-0446-8.
76. HIV and the law: risks, rights and health. Global Commission on HIV and the Law; 2013 (<http://www.hivlawcommission.org/resources/report/FinalReport-Risks,Rights&Health-EN.pdf>).
77. Indicator Registry (<http://www.indicatorregistry.org>).
78. People Living with HIV Stigma Index ([www.stigmaindex.org](http://www.stigmaindex.org)).
79. Resolution adopted by the General Assembly on 25 September 2015. New York: United Nations; 2015 (A/Res/70/1). ([http://www.un.org/ga/search/view\\_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E](http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E)).
80. On the Fast-Track to accelerate the fight against HIV and AIDS and to End the AIDS Epidemic by 2030, Resolution 65/266 (adopted 8 June 2016). Nations General Assembly, Political Declaration on HIV and AIDS; 2016 (A/RES/70/266).
81. Global strategy on human resources for health: workforce 2030. Geneva: WHO; 2016 ([http://who.int/hrh/resources/global\\_strategy\\_workforce2030\\_14\\_print.pdf?ua=1](http://who.int/hrh/resources/global_strategy_workforce2030_14_print.pdf?ua=1)).
82. Agenda for Zero Discrimination in Healthcare 2016, [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Agenda-zero-discrimination-healthcare_en.pdf) Do no harm: health, human rights and people who use drugs. UNAIDS; 2016 ([http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/donoharm\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/donoharm_en.pdf)).











**ONUSIDA**  
**Programa Conjunto de las**  
**Naciones Unidas sobre el**  
**VIH/Sida**

20 Avenue Appia  
1211 Ginebra 27  
Suiza

+41 22 791 3666

[unaids.org](http://unaids.org)