



JUNTA COORDINADORA DEL PROGRAMA ONUSIDA

ONUSIDA/JCP (38) /16.
Fecha De emisión: 2016

TRIGESIMA OCTAVA REUNION

Fecha: Junio 28-30 de 2016

Lugar: Sala del Consejo ejecutivo, OMS, Ginebra

Punto 5 de la Agenda

Informe del representante de una ONG

Derechos en salud sexual y reproductiva de la población más afectada por el VIH: El derecho al desarrollo

Documentos adicionales para este artículo: Ninguno

Medidas que se solicitan en esta reunión - Se invita a la Junta Coordinadora del Programa:
Véanse las decisiones en los párrafos siguientes

85. *Recordar* las Resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en particular, la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Agenda 2030)¹ que: se comprometen a promover y proteger toda la gama de derechos humanos, incluidos los derechos esenciales para el logro de la salud sexual y reproductiva; garantizar la no discriminación de las poblaciones clave tales como trabajadoras/es sexuales, hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y personas que se inyectan drogas; y los más afectados por el VIH, incluidos mujeres y niñas en toda su diversidad, adolescentes y jóvenes, los migrantes, las personas que han sido encarcelados, las personas que viven con discapacidades y los pueblos indígenas; también recordar la Estrategia de ONUSIDA 2016-2021 que insta al Programa Conjunto a cumplir plenamente las necesidades de salud y derechos sexuales y reproductivos para prevenir la infección por VIH²; afirmar el derecho al desarrollo como derecho humano universal e inalienable de todas las personas y todos los pueblos; y, hacer hincapié en la necesidad de aplicar plenamente la Declaración sobre el derecho al desarrollo;
86. *Instar a los Estados miembros* a reconocer los vínculos inextricables entre los derechos en salud sexual y reproductiva, VIH y SIDA, el derecho al más alto nivel posible de salud, y el derecho al desarrollo para las poblaciones clave y los más afectados por el VIH, incluidas las mujeres y niñas en toda su diversidad;
87. *Pedir a los Estados miembros* que apoyen el derecho al nivel más alto posible de salud sexual y reproductiva para las poblaciones clave y los más afectados por el VIH, incluidas las mujeres jóvenes y las adolescentes, a través de i) garantizar el acceso a la educación sexual integral no discriminatoria, y la calidad de los servicios integrados de salud sexual y reproductiva; ii) la prevención y el tratamiento de la violencia sexual basada en el género y en todas sus formas; iii) la eliminación de las leyes y políticas que son discriminatorias y / o crean barreras para acceder a la educación y los servicios para las poblaciones clave, incluidos los obstáculos relacionados con la edad; y, iv) instituir leyes y políticas que incluyen la protección de los derechos basados en la orientación sexual y la identidad de género y sus expresiones;
88. *Solicitar* al Programa Conjunto, especialmente al Banco Mundial, en amplia consulta con la sociedad civil, para producir un Informe de análisis de costos para i) evaluar los impactos de no reconocimiento y la no inclusión de las poblaciones clave y los más afectados por el VIH en los derechos de salud sexual y reproductiva en el contexto del derecho al desarrollo, en particular en relación a la pobreza; y ii) estimar los *beneficios* de abordar los derechos en salud sexual y reproductiva de las poblaciones clave y los más afectados por el VIH en el contexto del derecho al desarrollo.
89. *Instar a ONUSIDA y otros socios* aumentar los fondos existentes y proporcionar asistencia técnica para fortalecer a la sociedad civil y la capacidad a nivel comunitario, en congruencia con el llamado en el Informe exprés (2014) de ONUSIDA, Informe de la Comisión Lancet (2015), y la Estrategia de ONUSIDA 2016-2021. Estos fondos deben ser asignados para:
- la labor de promoción del respeto, protección y cumplimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva relacionados con el derecho al desarrollo de las poblaciones clave y los más afectados por el VIH, incluyendo la participación significativa en los foros políticos y programas de desarrollo;
 - apoyo e impulso a las respuestas basadas en la comunidad que promueven y protegen los derechos en salud y reproductiva y dirigidas a la reivindicación y eliminación de las barreras en los derechos de salud sexual y reproductiva que enfrentan las poblaciones clave y los más afectados por el VIH, incluyendo la provisión de alfabetización de los derechos y el acceso a la asistencia jurídica; y
 - la creación de capacidad para las poblaciones clave y los más afectados por el VIH a nivel mundial, regional y nacional, que incluye la construcción de plataformas para el intercambio de conocimientos y modelo de buenas prácticas entre las comunidades y la sociedad civil

¹ *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development.*
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

² Key Result Areas 5 and 8, *On the Fast-Track to End AIDS, 2016-2021 Strategy*, UNAIDS, 2015.

ANTECEDENTES Y CONTEXTO

1. "Derechos en Salud sexual y reproductiva de las personas más afectadas por el VIH: El derecho al desarrollo" es el tema central del Informe 2016 de las ONG`s a la Junta Coordinadora del Programa (JCP) de ONUSIDA. Será presentado en la 38ª reunión de la JCP de ONUSIDA (Junio 28-30 de 2016).

2. El informe se encuentra en el contexto de la aplicación de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Agenda 2030)³ que comprende 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), acordados por la Asamblea General de las Naciones Unidas en septiembre de 2015, y la Estrategia de ONUSIDA 2016-2021.⁴ Se examinan los compromisos internacionales que describen y sustentan el derecho al desarrollo, y especifica lo que el derecho al desarrollo podría ser para las poblaciones más afectadas por el VIH. El informe sostiene que la salud y los derechos en salud sexual y reproductiva (DSSR) son una parte integral y un requisito previo para la plena realización del derecho al desarrollo, incluida la realización de los ODS en Salud (SDG3), Igualdad de Género (SDG5), la reducción de las desigualdades (SDG10), y promover sociedades pacíficas e inclusivas (SDG16), entre otros⁵. Describe las barreras que experimentan las personas más afectadas y que viven con el VIH, para acceder a los DSSR; cómo éstos han contribuido al fracaso de satisfacer plenamente los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) objetivos 6A y 6B;⁶ y como la negación o el cumplimiento de los DSSR inciden en el derecho al desarrollo para estas poblaciones. Finalmente se recomienda puntos de decisión (PD) para la acción a la JCP de ONUSIDA.

3. El informe de las ONG`s a la JCP refleja una revisión de la literatura y los resultados de las consultas realizadas por la Delegación de ONG`S de la JCP de ONUSIDA. Se utilizaron diversos métodos, tales como entrevistas cara a cara, discusiones de grupo, consultas, correo electrónico y entrevistas telefónicas. Las consultas se llevaron a cabo en las cinco regiones de la JCP, con 69 informantes que se identifican como miembros de poblaciones clave, o que representan a los grupos de población clave de un total de 27 países. Un consultor independiente fue contratado para escribir el informe. Una segunda consulta fue contratada para examinar y revisar el informe a la luz de la adopción de la Estrategia de ONUSIDA 2016-2021, pues la JCP aprobó la decisión de la Delegación de ONG de aplazar la presentación del informe a la reunión de la JCP de junio del año 2016. La producción del informe fue coordinada por un Grupo de Trabajo de la Delegación de ONG`s, y revisada por 14 expertos de la comunidad. Participantes en la consulta y los colaboradores se enumeran en el anexo 1. Las voces de las poblaciones clave se reflejan en el informe a modo de citas directas obtenidas a través de la consulta, en el apartado 27 en adelante.

³ La transformación de nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible.
<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

⁴ En las "acciones rápidas" para acabar con el SIDA, Estrategia 2016-2021, ONUSIDA, 2015.

⁵ *Ibid.*, pp8-9 y 26-27. Los diez objetivos y ocho áreas de resultados de la Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA se sitúan firmemente, y se alinean con los ODS clave relacionados con el SIDA: SDG3 - La buena salud y el bienestar; SDG5 - La igualdad de género; reducción de las desigualdades - SDG10; SDG16 - La paz, la justicia y el fortalecimiento de las instituciones, y SDG 17 - Asociaciones para las metas. La estrategia también señala a los vínculos entre las oportunidades y pone de relieve la colaboración intersectorial orientada a objetivos compartidos (sdg1) Fin de la pobreza; (Sdg2) Erradicación del hambre; (SDG4) Garantizar una educación de calidad; (SDG8) Promover el crecimiento económico; y, (SDG11) que las ciudades sean seguras.

⁶ <http://www.un.org/millenniumgoals/aids.shtml>

ANÁLISIS DE LOS VÍNCULOS ENTRE DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA (DSSR), EL VIH, LAS POBLACIONES CLAVE, Y EL DERECHO AL DESARROLLO

4. La estrategia 2016-2021 de ONUSIDA, "En la acción rápida para acabar con el SIDA" reconoce que para detener la epidemia del SIDA hay una necesidad de avanzar en la realización de todos los derechos humanos, incluidos los derechos civiles, culturales, económicos, políticos, sociales, salud y derechos sexuales y reproductivos, para todas las personas - incluyendo niños, mujeres, jóvenes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, usuarios de drogas, trabajadores sexuales y sus clientes, los transexuales y los migrantes. La estrategia igualmente pone en el centro de la respuesta de los "conocimientos, derechos y poder" de todas las personas que: toman y se benefician de decisiones acerca del cuidado de la salud; el acceso a la información y servicios de calidad, incluyendo los servicios de salud sexual y reproductiva (SSR); y vivir sus vidas libres de violencia, la discriminación y la pobreza, con dignidad e igualdad.⁷
5. Los DSSR y el VIH están íntimamente relacionados: el VIH se transmite principalmente por vía sexual, o asociada con el embarazo; algunas infecciones de transmisión sexual (ITS) aumenta el riesgo de VIH; y, por la pareja y la violencia sexual aumenta el riesgo de adquirir el VIH. La adquisición del VIH y su divulgación también tiene un impacto negativo en la capacidad de las personas para proteger y hacer valer sus DSSR, y puede resultar en el estigma y la discriminación, la negación o la coacción en los servicios de salud sexual y reproductiva y la violencia basada en el género, incluidos los servicios (Por ejemplo, las mujeres que viven con el VIH forzadas o coaccionadas al aborto o la esterilización). La protección y promoción de los DSSR, incluyendo la capacidad de tomar decisiones sobre cuándo, cómo y con quién tener relaciones sexuales y casarse y el número de hijos que se quiere, es esencial para prevenir la adquisición del VIH y para garantizar la salud y la longevidad de las personas que viven con el VIH. Esta acción se basa en la capacidad de acceder y utilizar una amplia gama de información, servicios y productos de los DSSR.
6. El término "poblaciones clave"⁸ describe a las personas más afectadas por el VIH, cuyos organismos en relación con los DSSR están más comprometidos, debido a violaciones de derechos. Estos incluyen - Y aún más arraigados: el estigma y la discriminación; la penalización; problemas de exclusión económica y social; la desigualdad de género y la edad; la violencia basada en género (VBG), la violencia sexual de género; y la falta de acceso a la educación sexual integral. Las barreras (y facilitadores) para la realización de los DSSR de las poblaciones clave puede estar relacionada con: el conocimiento y el

⁷ Estrategia 2016 – 2021 de ONUSIDA, op. cit., P3-P4 y P7.

⁸ *Llegar a cero, Estrategia 2011-2015, ONUSIDA de 2010, nota al pie n. 41 define las poblaciones clave, o poblaciones clave de mayor riesgo, como los "grupos de personas que tienen más probabilidades de estar expuestos al VIH o transmitirlo, y cuya participación es fundamental para una respuesta exitosa. En todos los países, las poblaciones clave incluyen a las personas que viven con el VIH; los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los transexuales, personas que se inyectan drogas y las trabajadoras sexuales y sus clientes se encuentran en mayor riesgo de exposición al VIH que los otros grupos. Sin embargo, cada país debe definir las poblaciones específicas que son clave para su epidemia y su respuesta basada en el contexto epidemiológico y social. "La misma definición se utiliza en la estrategia 2016-2021. Esta clasificación se ha adoptado en todo el informe de una ONG, a menos que se especifique lo contrario.*

comportamiento individual, incluyendo, por ejemplo, la toma de decisiones y el control sobre los recursos privados; factores a nivel de los servicios, incluyendo la accesibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad de los servicios; normas culturales y de género, especialmente en cuanto al sexo y la sexualidad, incluyendo las creencias religiosas y las prácticas tradicionales; y las leyes nacionales, las políticas y las asignaciones de recursos que afectan a la disponibilidad y accesibilidad de la información, productos y servicios.

7. La Agenda 2030 incluye el compromiso de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos, a "no dejar a nadie atrás" y asegurar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva. Los componentes clave para el logro de estas aspiraciones, y por lo tanto las metas "indivisibles" ⁹ del marco SDG, aún no se han especificado y operacionalizado. Éstas incluyen asegurar el acceso a la educación integral de la sexualidad; reconocer las barreras específicas que enfrentan las poblaciones clave afectadas por el VIH para acceder a los servicios y materias primas de la SSR, y las acciones necesarias para remediar estos, incluyendo la protección de los derechos sexuales;
8. Los derechos sexuales describen los derechos ya reconocidos en los documentos internacionales y regionales sobre los derechos humanos, otros documentos de consenso y la legislación nacional, que son necesarios para la realización de la salud sexual (y reproductiva). ¹⁰ Estos incluyen los derechos a la vida, la libertad y la seguridad de la persona; la igualdad y la no discriminación; ser sometido a torturas o tratos crueles, inhumanos o degradantes; intimidad; el más alto nivel posible de salud y seguridad social; contraer matrimonio con el consentimiento de los futuros cónyuges; establecer una familia y decidir el número y espacio entre cada uno de los hijos; información y educación; la libertad de opinión y de expresión y el derecho a acceder a la justicia y al resarcimiento legal. Estos son derechos inalienables, co-iguales e intrínsecamente conectados a otros derechos humanos, incluido el derecho al desarrollo. ¹¹
9. Del mismo modo, el derecho al desarrollo establece el derecho de todas las personas y pueblos a participar en un desarrollo, y disfrutar de todas las formas de desarrollo, y asegurar la protección de todos los demás derechos. Dirigiéndose a los DSSR de las poblaciones clave más afectada por el VIH les permite a estas la participación, contribución y disfrutar de i) la habilitación sanitaria, ii) garantizar la no discriminación de una libertad de expresión iii) la promoción de las organizaciones y la toma de decisiones en relación con la SSR entre otras áreas; y, iv) la garantía de protección contra la violencia. Por lo tanto, reclamar y ejercer los DSSR es un hito clave para gozar de los derechos conferidos por el derecho al desarrollo - y reclamar y ejercer el derecho al desarrollo aumenta la acción de las poblaciones clave en relación con sus DSSR.

⁹ Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA, op.cit., P 25.

¹⁰ *La definición de salud sexual*. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

¹¹ La Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF) y la Asociación Mundial de la Salud Sexual (WAS) proporcionan una explicación más detallada del contenido de los derechos sexuales basado en la definición de trabajo de la OMS, el reconocimiento de los derechos sexuales como un conjunto de derechos relacionados con la sexualidad que emanan de los derechos a la libertad, la igualdad, la privacidad, la autonomía, la integridad y la dignidad de todas las personas. Ver: Derechos Sexuales: Una declaración de IPPF. <http://www.ippf.org/resource/Sexual-Rights-IPPF-declaration>; y la Declaración de Derechos Sexuales. http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf.

EL DERECHO AL DESARROLLO CONTIENE LOS DERECHOS HUMANOS - INCLUYENDO DSSR - EN SU NÚCLEO

10. **El derecho al desarrollo - Un derecho humano inalienable a la que toda persona tiene derecho.** La Declaración sobre el derecho al desarrollo (DDD) se adoptó en diciembre de 1986 por la Asamblea General de las Naciones Unidas (AG).¹² Este derecho también se reconoce en instrumentos y pactos internacionales¹³, en cartas regionales,, incluyendo la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, la Carta Árabe de Derechos Humanos y la Carta Africana de la Juventud, el Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos en Relación a los Derechos de las Mujeres en África, , la Carta de la Organización de Estados Americanos y la Declaración de Derechos Humanos de la Asociación de Naciones del Sudeste de Asia (ASEAN) y reafirmada en otras cumbres mundiales.¹⁴ En la Declaración, la Asamblea General reconoció que:

El desarrollo es un proceso económico, social, cultural y político, que tiende al mejoramiento constante del bienestar de toda la población y de todos los individuos sobre la base de su participación activa, libre y significativa en el desarrollo y en la distribución justa de beneficios resultante de la misma.

11. Las Naciones Unidas reconoce los siguientes principios básicos sobre los derechos humanos, incluido el derecho al desarrollo:¹⁵
- No hay jerarquía de derechos. Todos los derechos humanos son iguales y son interdependientes.
 - El derecho al desarrollo no pertenece a los gobiernos, estados o regiones, pero si a los seres humanos - es decir, los individuos y los pueblos: al igual que con todos los derechos humanos, los titulares de derechos son los seres humanos.
 - Los derechos humanos son universales; el derecho al desarrollo pertenece a todas las personas, en todas partes.
12. La Agenda 2030 se basa explícitamente en los derechos humanos, se resuelve para proteger y garantizar los derechos humanos de todas las personas, y prevé un mundo donde se respeten los derechos humanos universalmente. El derecho al desarrollo es un derecho humano inalienable en virtud del cual "todo ser humano y todos los pueblos están facultados para participar en un desarrollo, el desarrollo económico, el desarrollo social,

¹² Declaración sobre el Derecho al Desarrollo, (A / RES / 41/128), de 1986.

¹³ Estos son: la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la Convención Internacional de Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familiares.

¹⁴ Estos son: la Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo, 1992, la Declaración y Programa de Acción de Viena 1993, la Declaración del Milenio de 2000, el Consenso de Monterrey de 2002, el Documento Final de la Cumbre Mundial 2005 y la Declaración de los Derechos de los Pueblos Indígenas de 2007.

¹⁵ N. Pillay, el desarrollo es un derecho humano para todos. en línea en <http://www.ohchr.org/EN/Issues/Development/Pages/IntroductionStatement.aspx>.

cultural y político, en el que todos los derechos humanos y las libertades fundamentales se hagan plenamente efectivos." ¹⁶ Esto incluye una serie de componentes, tales como el desarrollo centrado en las personas, un enfoque basado en los derechos humanos, la equidad, la participación, la no discriminación y la autodeterminación. ¹⁷ Estados y gobiernos, como "titulares de deberes", tienen la responsabilidad de garantizar que los derechos humanos sean protegidos y promovidos en todo momento.

13. Las poblaciones clave y vulnerables incluidas las mujeres y niñas en toda su diversidad siguen siendo fundamentales para la Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA. La estrategia crea una oportunidad y el mandato de centrarse en las poblaciones clave y los más afectados por el VIH, en particular, la necesidad de contar con las protecciones articuladas en los ODS especificados y aprobados, incluido el derecho al desarrollo y los derechos relativos a su salud sexual y reproductiva. De este modo, ONUSIDA reconoce que la realización de los DSSR de las poblaciones clave afectadas por el VIH acelera el potencial de cada persona humana a participar, contribuir y disfrutar del desarrollo económico, social, cultural y político, y que para que el desarrollo avance y se sostenga en todas sus formas se requiere el cumplimiento de los derechos humanos de todos. Así, el derecho al desarrollo depende de la promoción y el cumplimiento de todos los derechos humanos, incluyendo los DSSR, y viceversa.

ODM (2000 A 2015) A ODS (2015 Y 2030): EL PROGRESO HACIA LA INCLUSIÓN DE LA DSSR EN LOS PROGRAMAS GLOBALES DE SALUD Y DESARROLLO

14. Los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) se elaboraron en 2000 y se esperaba lograrlos antes del año 2015. Incluían un enfoque específico en la lucha contra el VIH, la malaria y otras enfermedades (ODM 6), mejoramiento de la salud materna y la reducción de las tasas de mortalidad materna (ODM 5), y la promoción de la igualdad de género y el empoderamiento de la mujer (ODM 3). Según el ODM 6, objetivo 6A dirigido a "detener el SIDA y comenzar a reducir su propagación en 2015", mientras que el objetivo 6B estaba dirigido a "lograr el acceso universal al tratamiento del VIH para todos aquellos que lo necesitaban para el año 2010." ¹⁸ Si bien se han realizado considerables progresos hacia estos objetivos, las altas tasas de continuación de la prevalencia del VIH y la adquisición especialmente entre las adolescentes y mujeres jóvenes, y otras poblaciones clave (especialmente hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, mujeres transgénero, trabajadores sexuales y usuarios de drogas), refleja los retos en curso con estas poblaciones para reclamar y hacer realidad sus DSSR. Las múltiples capas del estigma, la discriminación y la marginación que enfrentan estos grupos - incluyendo la violencia sexual y basada en el género y la negación de los DSSR - también crean barreras de acceso a tratamiento y atención del VIH.
15. En 2000, hubo falta de objetivos específicos que se centraran en la SSR, a pesar de un creciente consenso acerca de su importancia, como lo demuestran las conferencias

¹⁶ *Declaración sobre el derecho al desarrollo, los artículos 1.1 y 1.2, (A / RES / 41/128), de 1986.*

¹⁷ Pillay, op. cit.

¹⁸ *Objetivo 6: Combatir el VIH / SIDA, la malaria y otras enfermedades*, <http://www.un.org/millenniumgoals/aids.shtml>

mundiales y plataformas internacionales para la acción. La Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) en 1994, aliada de la salud sexual con el "nuevo concepto integral de la salud reproductiva." La exclusión de la SSR de los ODM se solucionó parcialmente en 2007 por la inclusión de un objetivo (ODM 5B) en el logro al acceso universal a la salud reproductiva para el año 2015.¹⁹ Sin embargo, los objetivos modificados no hacen referencia específica a la salud sexual.

16. En la última década y media, acontecimientos dramáticos han ocurrido en la comprensión global de la sexualidad y la salud sexual, y mucho de esto se atribuye al aprendizaje en el campo del VIH, la movilización social y la investigación del comportamiento sexual.²⁰
17. La salud sexual abarca algunos aspectos de la salud reproductiva, como la anticoncepción y el aborto, pero muchos aspectos de la salud sexual - incluyendo el placer sexual, la intimidad, y las consecuencias para la salud sexual de la violencia y la mutilación genital femenina, así como la complejidad de la disfunción sexual - no están asociados directamente con la reproducción.²¹ La salud sexual abarca los primeros años de vida, anteriores a la capacidad de reproducirse, se extiende mucho más allá de los años reproductivos, y es inclusivo de las personas que no pueden, o no quieren tener hijos. Sin embargo, una definición más amplia de la salud sexual no ha sido generalmente aceptada.²² El enfoque de la salud reproductiva es selectiva, enfocada en la prevención de enfermedades, la mortalidad infantil y materna y la planificación familiar, en lugar de estar orientada a un espectro más amplio como una "condición de bienestar físico, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades." ²³
18. Tras las consultas mundiales celebradas por el Grupo de Trabajo abierto (GTA) y las negociaciones intergubernamentales convocadas por la Secretaria General de las Naciones Unidas y la Asamblea General desde el 2013 al 2015. La Cumbre de las Naciones Unidas celebrada los días 25-27 de septiembre del año 2015, formalmente aprobó los 17 ODS de la Agenda 2030, reemplazando los ocho ODM (véase el anexo 3). Los nuevos objetivos están contenidos en el documento final, "La transformación de nuestro mundo: La Agenda 2030 para el desarrollo sostenible." ²⁴
 - Un programa más amplio, más global y específico para la salud se especifica en el ODS, con la inclusión de los objetivos relacionados con la SSR. **Objetivo 3** se centra en la salud, **"Asegurar una vida sana y Promover el Bienestar para todos en todas**

¹⁹ *Visión 2020, la IPPF, abril de 2013.*

²⁰ *Progreso en la salud sexual a través de los Derechos Humanos: La función del derecho Mundial de la Salud Pública, 2015, Vol.10 No. 2: 252-267. Kismodi et al.*

²¹ *La definición de salud sexual Informe de una consulta técnica sobre la salud sexual 28-31 enero de 2002, Ginebra, OMS*

²² La OMS no tiene una definición oficial de salud sexual. Véase el apartado 25 para continuar el debate sobre la salud sexual.

²³ <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>

²⁴ *La salud en los Objetivos de Desarrollo Sostenible: ¿Listo para un cambio de paradigma ?, Buse K y S. Hawkes La globalización y la Salud, 2015; 11:13, 2015.*

las edades." En estrecha relación, **el objetivo 5** está dirigido al género, "**Lograr la igualdad de género y la autonomía de todas las mujeres y las niñas**". Los dos objetivos contienen la meta de acceso universal a la SSR, con el objetivo 5 reconociendo los derechos reproductivos, en el marco de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing.²⁵

19. De las nueve metas del Objetivo 3 (Salud), los objetivos 3 y 7 son de interés específico.²⁶ Objetivo 3 estados; "en 2030 poner fin a la epidemia del SIDA, la tuberculosis, la malaria y las enfermedades tropicales desatendidas, y combatir la hepatitis, y otras enfermedades contagiosas transmitidas por el agua." Objetivo 7 estados; "en el año 2030 lograr el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, información y educación, y la integración de la salud reproductiva en las estrategias y programas nacionales".
20. En el Objetivo 5 (Igualdad de Género y Empoderamiento de las mujeres y niñas), el objetivo 6 tiene como meta "garantizar el acceso universal a la salud sexual y reproductiva y los derechos reproductivos de conformidad con el Programa de Acción de la CIPD y la Plataforma de Acción de Beijing y los documentos que resultan de sus conferencias de examen".
21. El objetivo 10 sobre la reducción de la desigualdad es también de particular relevancia para el logro de los DSSR para las poblaciones más afectadas por el VIH y la realización del derecho al desarrollo. La meta 2 estados; "para el año 2030 potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todos, independientemente de la edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, región, religión, condición económica o de otro tipo"; mientras que la meta 3 se centra en la eliminación de las leyes de discriminación para garantizar la igualdad de oportunidades y reducir las desigualdades en todas las áreas de desarrollo, de conformidad con el derecho al desarrollo.
22. Aparte de esto, los objetivos previstos en los objetivos 1, 2, 4, 6, 8, 11, 16 y 17 tienen implicaciones para, y están indirectamente relacionados con la salud y el VIH. Estos objetivos abarcan la pobreza, el hambre, la educación de calidad, el agua y el saneamiento, el trabajo decente y las condiciones de vivienda segura, la paz y el acceso a la justicia, y la aplicación del marco respectivamente.²⁷
23. Los Relatores Especiales de las Naciones Unidas han criticado el reconocimiento insuficiente al derecho a alcanzar el "más alto nivel posible de salud tanto mental como física" (la redacción específica del derecho a la salud) y, en particular, toda la gama de DSSR, y la falta de especificación de la importancia de la educación sexual integral en los

²⁵ La omisión de los derechos sexuales en los ODM, y la falta de consenso sobre los derechos sexuales y reproductivos de manera más amplia, puede ser debido a una escasa comprensión de los conceptos de salud sexual y sus principios, tales como la sexualidad y la autonomía. No ha sido tradicionalmente un enfoque estrecho de los resultados negativos de la sexualidad y el comportamiento sexual, como la enfermedad, la mortalidad y la violencia. En la CIPD de 1994, la salud sexual se subsumió en RH y esto puede ser una razón por la cual las discusiones sobre el sexo y la sexualidad que van más allá de la reproducción se han prestado menos atención.

²⁶ *Informe del Grupo de Trabajo abierto de la Asamblea General sobre los Objetivos de desarrollo sostenible.*
<http://undocs.org/A/68/970>.

²⁷ La Estrategia 2016-2021 ONUSIDA (pp 26-27) elabora vínculos entre cada una de estas áreas, así como la igualdad de género y la salud, e identifica oportunidades para la colaboración intersectorial para abordarlos.

ODS. Señalan que los servicios de SSR no sólo deben ser "universales", sino también accesibles, asequibles, adecuados y de buena calidad.²⁸

LA SALUD SEXUAL, DERECHOS SEXUALES Y EL PAPEL CENTRAL DE LA SEXUALIDAD EN RELACIÓN CON EL VIH

"[La salud sexual] es un estado de bienestar físico, emocional, mental y de bienestar social en relación con la sexualidad; no es solamente la ausencia de una enfermedad, disfunción o dolencia. La salud sexual requiere un enfoque positivo y respetuoso hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para que la salud sexual se logre y se mantenga, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y cumplidos. "(Definición de la OMS de la salud sexual)^{29 30}

24. La salud sexual no se puede definir, entender o hacerse efectiva sin una consideración amplia de la sexualidad, que subyace en los comportamientos importantes y resultados relacionados con la salud sexual. Una vez más, según la OMS: *"La sexualidad es un aspecto central del ser humano durante toda la vida y abarca el sexo, las identidades y los roles de género, la orientación sexual, el erotismo, el placer, la intimidad y reproducción. Se experimenta y se expresa en pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, roles y relaciones. Si bien la sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no todos ellos son siempre experimentados ni expresados. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales factores "*³¹

25. Por lo tanto, la sexualidad se refiere a algo más allá de las relaciones sexuales y comportamientos; que es distinto de la reproducción; que está en el núcleo de la personalidad; el derecho a ser uno mismo, y sobre el derecho a existir como ser humano³² También está en el corazón de la realización de los DSSR. **"Harold", un**

²⁸ Los mandatos del Presidente-Relator del Grupo de Trabajo sobre la cuestión de la discriminación contra la mujer en la legislación y en la práctica, el Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y el Comité de la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Women/WRGS/OpenLetter4Nov2014.pdf>.

²⁹ La definición de salud sexual anterior no ha sido ratificada por la Asamblea Mundial de la Salud y se "ofrecido como contribución a nuevos debates" (OMS). Véase la salud sexual, los derechos humanos y la ley. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/175556/1/9789241564984_eng.pdf.

³⁰ *La definición de salud sexual; Informe de una consulta técnica sobre la salud sexual 28-31 enero de 2002, Ginebra, OMS; ver también:* http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/

³¹ Citado en la pobreza y la sexualidad. http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/sexual_health/en/index.html.

³² Citado en la pobreza y la sexualidad: ¿Cuáles son las conexiones?

<http://www.globalequality.org/storage/documents/pdf/sida%20study%20of%20poverty%20and%20sexuality.pdf>

homosexual de 27 años de edad que viven con VIH de Filipinas, hace esta apreciación sucinta: "... el ejercicio de los derechos y la salud sexual y reproductiva no se limita a los genitales. Incluye el todo de la salud psico-social de una persona en el ejercicio de su orientación y la identidad de género y su expresión sexual, en lo relacionado con la realización de la individualidad y la personalidad la salud y los derechos sexuales y reproductivos son necesarios para impulsar la realización de la personalidad de cada uno ..."

26. Hay un creciente reconocimiento de que la salud sexual no puede lograrse sin el reconocimiento, el respeto, la protección y el cumplimiento de los derechos sexuales y el cumplimiento de las obligaciones de los derechos humanos es esencial para la justicia social, el desarrollo sostenible y la salud pública.³³ Por ejemplo, la Comisión Económica de las Naciones Unidas para América Latina y el Caribe (CENUALC), una comisión intergubernamental de países de América Latina y el Caribe, revisó 20 años de aplicación de la CIPD y concluyó en 2013 que los Estados deben *"promover políticas que permitan a las personas ejercer sus derechos sexuales, que abarcan el derecho a una vida sexual segura y completa, así como el derecho a decidir de manera libre, informada, voluntaria y responsable las decisiones sobre su sexualidad, orientación sexual e identidad de género, sin coerción, discriminación o violencia, y garantizar el derecho a la información y los medios necesarios para su salud sexual y la salud reproductiva."*³⁴ Los derechos sexuales se refieren a los derechos humanos necesarios para proteger a todas las personas y permitirles expresar su sexualidad y disfrutar de la salud sexual, teniendo debidamente en cuenta los derechos de los demás y dentro de un marco de protección contra la discriminación.

PROTEGIENDO LOS DERECHOS Y LA SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE ADOLESCENTES Y JÓVENES

Acceso a educación integral de la sexualidad de calidad

27. El acceso a una educación de calidad y a una información precisa y actualizada, son claves para la consecución de otros derechos, incluyendo los DSSR. A menudo, la educación en salud que se imparte en las escuelas no incluyen todos los aspectos de la salud sexual y reproductiva, centrándose en la biología, el sistema reproductivo y sus enfermedades.³⁵ La Educación Sexual Integral (ESI) incluye información sobre la salud sexual, el género, los derechos humanos y la sexualidad como aspectos del ser

³³ Asociación Mundial para la Salud Sexual (WAS), 2014; OMS, 2010; Federación Internacional de Planificación Familiar (IPPF), 2008.

³⁴ Kismodi et al., op.cit.

³⁵ El Manifiesto de la Visión 2020 de la IPPF toma nota de que el CSE es sensible a los contextos culturales; reconoce allí donde existe, la sexualización significativa de los espacios públicos, medios de comunicación y los discursos sociales, y transmite información precisa que respete el derecho de todos a la información y educación sobre su salud sexual y reproductiva.

humano, es precisa, apropiada, de acuerdo con la evolución de las capacidades, con base científica, y que cubre la no discriminación, la igualdad, la tolerancia, la seguridad y el respeto de los derechos de los demás.³⁶

"... Cuando yo estaba en la secundaria, no había Educación sexual integral. Emigré a Pekín sin conocimiento ... [Era] ignorante acerca de la anticoncepción. Quedé embarazada sin planearlo y estaba muy asustada. Había dos opciones: casarse debido a mi embarazo, o abortar. De cualquier manera, me sentí muy sola porque no podía hablar con mi pareja, o cualquier entidad acerca de las soluciones. En los hospitales, no ofrecen orientación, sólo la cirugía. Cuando el médico del hospital supo que era un mes de embarazo, él me dijo que volviera dentro de un mes para la cirugía. Los migrantes no tienen parientes en las ciudades en las que trabajan y dependen de sus parejas. Las mujeres migrantes se enfrentan a una situación muy difícil ... Si tuviera la educación, entonces tal vez podría haber planeado una vida mejor ... "

"ZN", Mujer migrante y activista de los derechos, Pekín

28. En el caso de los adolescentes y jóvenes, las condiciones adicionales de edad de consentimiento, y la percepción de "idoneidad" y "edad apropiada" (como se determina, a menudo de una manera subjetiva, por los proveedores de salud, maestros, padres, tutores) la información relacionada con la sexualidad constituye barreras adicionales - una ironía, porque es cuando la gente necesita, precisamente, información y servicios para protegerse a sí mismos y a los demás. La alternativa para muchos jóvenes como fuente de información son los amigos, compañeros, medios de comunicación y el Internet. Esta información no siempre es exacta, apropiada o relevante para el contexto o puede inducir al error. Las barreras para acceder a la información precisa, asesoramiento y servicios puede ser aún mayores para las mujeres jóvenes que nacen con el VIH y que se están volviendo sexualmente activas, ya que se enfrentan a los prejuicios tanto sobre su edad y su estado de VIH en relación con sus DSSR.

"Nací VIH-positivo y mis padres ya fallecieron. Vivo con mi tía en Harare ... Ella es quien me apoya, especialmente en la adherencia al tratamiento y otros aspectos positivos de mi vida. Ahora que he empezado a salir, ella me dice que no debo tener una relación, olvidando que tengo sentimientos sexuales y soy un ser sexual. También me he enfrentado a dificultades para acceder a información y servicios tales como la planificación familiar adecuada. Las entidades de servicios de salud son muy críticos y no parecen preocuparse por nuestro bienestar ... se limitan a decir que no debemos hacer esto o aquello, pero no se ocupan de mis problemas. En la mayoría de los casos, cuando he revelado mi estado de VIH a las entidades de servicios me insultaban o juzgaban, no reconocen el buen servicio que estoy haciendo para la comunidad al no propagar el virus ... "

"Mollyn", 19, joven estudiante mujer que vive con el VIH, Zimbabue

29. El concepto de "capacidades de evolución", articulado en la Convención de los Derechos del Niño (CDN)³⁷ es fundamental al proporcionar información sobre la sexualidad a través de servicios amigables para los jóvenes. Esto fomenta un equilibrio entre la autonomía y la protección de los adolescentes.

"... Siempre he tenido problemas con las entidades de salud que me veían como un "cara de

³⁶ *Salud Sexual, Derechos Humanos y el Derecho de la OMS, junio de 2015.*

³⁷ *Convención de los Derechos del Niño (CRC), los artículos 5 y 14, de la OACDH.*

niño", así que nunca tuve la oportunidad de hablar acerca de la salud sexual y el VIH. En las escuelas, nadie habla de ello y siempre es complicado porque la mayoría de los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales mucho antes de lo que la gente piensa, por lo que es importante educar a las personas desde la infancia ... Cuando quería comprar condones en la farmacia, no me los vendían porque "yo era demasiado joven para pensar en esas cosas", así que cuando quise asumir la responsabilidad, ellos no me dejaron ... "

"Lucas", 17, hombre gay, Paraguay

Mujeres jóvenes y adolescentes

30. Las mujeres jóvenes y adolescentes continúan experimentando tasas desproporcionadas de adquisición del VIH, especialmente en el África subsahariana, en el que cada hora 34 jóvenes africanas adquieren el VIH.³⁸ El conocimiento de los derechos de uno - especialmente para las adolescentes y mujeres jóvenes - es importante para la confianza personal y el entendimiento, y puede contribuir a los cambios de comportamiento necesarios para prevenir el VIH o para vivir positivamente con el VIH. Siete condiciones básicas han sido identificadas en una publicación reciente de ONUSIDA y la Unión Africana que se basan en las tasas excepcionalmente altas de la adquisición del VIH entre las mujeres jóvenes y las adolescentes. El primero de ellos se refiere a "la falta de acceso a la información de salud sexual y reproductiva, y los productos y servicios de buena calidad, en cierta medida debido a la edad del consentimiento para el acceso;" mientras que otro se refiere a "la falta de una educación sexual integral apropiada para la edad apropiada."³⁹

"... El grupo de apoyo al Proyecto Bethany para los jóvenes que viven con el VIH y el SIDA nos enseña a tomar nuestra medicación habitual y correctamente, para estar seguros y ser asertivos. Revelé mi estado de VIH a mi novio; me aceptó y estamos preparados para casarnos. Es una ventaja de estar en un grupo de apoyo cuando usted es VIH positivo porque se aprende mucho sobre la salud sexual y reproductiva, la adherencia, la nutrición y los derechos. Ahora sé que es mi derecho elegir tener un hijo o no, pero debo consultar con el personal de salud en la clínica para que pueda tener un bebé VIH negativo ... "

"Primavera", de 22 años, mujer joven que vive con el VIH, Zimbabue

31. Otras condiciones relacionadas con los DSSR y la adquisición del VIH entre las mujeres jóvenes incluyen: baja iniciativa personal, es decir, las mujeres no son capaces de tomar decisiones y actuar sobre asuntos de su propia salud y bienestar; normas de género

³⁸ *Empoderar a las mujeres jóvenes y las adolescentes: la vía rápida al final de la epidemia del SIDA en África, el ONUSIDA y la Unión Africana 2015* http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2746_en.pdf, p.13

³⁹ *Ibíd.*

perjudiciales, incluidos los niños, el matrimonio precoz y forzado, lo que resulta en el embarazo temprano; las relaciones sexuales con edades dispares sin protección, a menudo como resultado de la pobreza, la falta de oportunidades o la falta de bienes materiales; violencia en la pareja, lo que repercute en el comportamiento de riesgo y la búsqueda de la salud; y la violencia - incluyendo la violencia sexual -. en situaciones de conflicto y post-conflicto ⁴⁰

DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA Y LAS MUJERES QUE VIVEN CON EL VIH: VIOLENCIA, COACCIÓN Y PRESIÓN HABITUAL

32. Cada día los patrones de la negación y la discriminación en relación con los DSSR de las mujeres que viven con el VIH han sido bien documentados. ^{41 42 43} Estos incluyen: la presión de tener o no tener hijos; la presión para cambiar las prácticas de alimentación infantil; desaprobación para iniciar o continuar con las relaciones sexuales; incapacidad para negociar relaciones sexuales más seguras y los temores y las preocupaciones sobre revelar su estado; falta de acceso a tratamiento para infecciones de transmisión sexual y las infecciones del tracto reproductivo ; falta de control de la salud sexual, incluyendo pruebas de Papanicolaou; la falta de herramientas de prevención como los preservativos femeninos y servicios para apoyar la concepción segura; anticoncepción de emergencia; Los programas de PTMI que refuerzan el papel de la madre meramente como máquinas reproductoras y vectores de transmisión ; la presión , la coerción o la fuerza para interrumpir el embarazo, ser esterilizada, o tomar anticonceptivos con el fin de acceder a un tratamiento u otros servicios; y / o, la retención de dichos servicios. La violencia contra las mujeres que viven con el VIH es omnipresente; existente y emergente los datos muestran que la violencia -estructural, cultural y directa - es parte de la experiencia de ser una mujer VIH-positiva. ⁴⁴ Se ha propuesto una definición de la violencia contra las mujeres que viven con el VIH, a continuación:

⁴⁰ *Ibíd.*

⁴¹ *Los Derechos en salud sexual y reproductiva: la comunidad internacional de mujeres que viven con el VIH / SIDA (ICW) y la Coalición Mundial sobre la Mujer y el SIDA (GCWA).* <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:3VLZZfYDwN8J:www.icw.org/files/SRHR-ICW%2520fact%2520sheet-06.doc+&cd=1&hl=en&ct=clnk&gl=th&client=safari>

⁴² *La construcción de una casa de seguridad en tierra firme: principales conclusiones de una encuesta global de la SDRS de las mujeres que viven con el VIH.* Salamander Trust, 2014.

⁴³ *Violaciones de la Salud y los Derechos de la Mujer de estar sexual y reproductiva con el VIH en clínicas y comunitarias Ajustes en Uganda, ICWAI, junio el año 2015*

⁴⁴ *Salamander Trust* 2014 óp. cit., el hallazgo de este estudio se demostró que el 89% de las mujeres que viven con el VIH que respondieron a preguntas sobre la violencia, habían experimentado una o más formas de violencia antes, ya que o debido a su diagnóstico de VIH

*"La violencia contra las mujeres positivas es cualquier acto, estructura o proceso en el que se ejerce el poder de manera tal que cause daño físico, sexual, psicológico, económico o legal a las mujeres que viven con el VIH."*⁴⁵

33. Algunos entrevistados que viven con el VIH compartieron sus experiencias. El caso de **Stacey de los EE.UU.**, ilustra violaciones de los derechos reproductivos, la coacción y la esterilización sin el consentimiento:

"... En marzo de 2014, di a luz a lo que me dijeron que era un niño sano. En el momento los médicos me mantuvieron informada de que mi bebé estaba bien. Ellos esperaron 14 horas para entregarlo a pesar de que sabían que algo estaba mal. En el momento opté por mi ligadura de trompas, porque me dijeron que estaba bien y mi novio y yo decidimos que no íbamos a tener más hijos. Los médicos me engañaron. Técnicamente por ley no debían realizar una ligadura de trompas. Se suponía que tenían que esperar 24 horas antes de hacerlo, ya que mi hijo nació prematuramente. Ellos quemaron, ligaron y cortaron mis trompas sin mi consentimiento. Cuando pregunté por una reversión, el médico estaba insinuando que yo no debería estar teniendo relaciones sexuales sin protección de todos modos ya que soy VIH-positivo. En cuanto a mi hijo, KJ, que no estaba bien. Lo desenchufaron y nunca me pudieron dar razón de su muerte."

"Yvette", una mujer de 26 años de edad que viven con el VIH, originaria de Guinea-Bissau y que ahora vive en Bélgica, comparte un dilema que experimentan las mujeres casadas que viven con el VIH, y la interacción de las diversas dinámicas de poder, los prejuicios de los trabajadores de salud y leyes restrictivas que atentan contra la autonomía y la elección: *"... Cuando mi médico me dijo que era VIH-positivo me recomendó que le dijera a mi marido. No hubo discusión acerca de las posibles consecuencias, y no creo que él entendiera mi situación. Cuando le dije a mi marido, él me dejó. Los trabajadores de salud me han disuadido de quedar embarazada. Cuando usted está embarazada y VIH-positivo, los trabajadores de la salud sugieren abortar. Todavía soy joven, tengo 20 años, y me gustaría tener hijos. "*

Mientras que **"Nadege", de 25 años, de Ruanda,** relata: *" Yo tenía 16 años cuando di positivo en la prueba del VIH, y de inmediato inicié con el tratamiento. Afortunadamente la clínica estaba cerca de donde yo vivía y tenía financiación. Sufrí la pérdida de mis seres queridos - mi madre, hermano y tres tías, dos niñas de mi escuela secundaria y otras cuatro personas de nuestro barrio. Ellos no tuvieron acceso al mismo tratamiento que yo tuve. Los jóvenes necesitan tener la oportunidad de vivir un futuro mejor y más felices con derechos plenos como ciudadanos, con amor, consideración y apoyo. Sin esto, muchos jóvenes abandonan la escuela debido a enfermedades y se perderán muchas más vidas. El estigma es alto en los centros de servicios de salud. Mucho personal de salud tiene actitudes negativas hacia las personas seropositivas. Esto puede dar lugar a la adherencia nula o limitada de drogas, y no hay información que sea compartida sobre la planificación familiar y el noviazgo. Se nos niegan nuestros derechos sexuales debido a nuestra condición de VIH +, como si no tuviéramos sentimientos "*

DERECHOS EN SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA DE LAS POBLACIONES CLAVE

⁴⁵ La violencia contra las mujeres que viven con el VIH / SIDA - un documento de antecedentes. Hale F y M Vásquez, Conexiones del desarrollo, la ICW Global y de la Mujer de las Naciones Unidas de 2011, p.13

34. En julio de 2014, la OMS puso en marcha las directrices consolidadas relativas a la prevención del VIH, el diagnóstico, el tratamiento y la atención a las poblaciones clave.⁴⁶ A diferencia de la definición de ONUSIDA de "poblaciones clave", las personas que viven con el VIH no se enumeran específicamente como parte de esta población, aunque son especificadas en muchas secciones de las directrices. Aparte desde las intervenciones -específicas y generales del sector de la salud frente al VIH, "habilitadores críticos" - las leyes y políticas, estigma y la discriminación, empoderamiento de la comunidad y la reducción de la violencia son acentuadas.
35. En un cambio importante, que alinea los conceptos de salud reproductiva y la salud sexual, las intervenciones de SSR en las directrices mencionadas reconocen la importancia de una vida sexual plena y elegida, así como las opciones relacionadas con la salud y los derechos reproductivos. En las páginas 19 y 78 (4.6.2) las directrices especifican: *"los miembros de las poblaciones clave, independientemente de si están o no están viviendo con el VIH, deben ser capaces de experimentar una vida sexual plena, placentera y tener acceso a una amplia gama de opciones de reproducción, seguimiento, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual y estas opciones se deben ofrecer de forma rutinaria como parte de un paquete integral de VIH; las mujeres de las poblaciones clave deben tener los mismos derechos a la salud reproductiva como todas las demás mujeres; es importante que tengan acceso a la planificación familiar y otros servicios de salud reproductiva, incluida la prevención del cáncer del tracto reproductivo, detección y tratamiento; las leyes y los servicios de aborto deben proteger los derechos humanos y de salud de todas las mujeres, incluyendo las de las poblaciones clave."*

Hombres gays y otros hombres que tiene sexo con otros hombres

36. A nivel mundial, los hombres gays y los hombres que tienen sexo con otros hombres tienen 19 veces más probabilidades de vivir con el VIH que la población general y esto sigue aumentando en muchas partes del mundo.⁴⁷ La sexualidad sigue siendo el centro de una de las cuestiones que más enfrentan los hombres gays y los hombres que tienen sexo con otros hombres, como se discutió en las secciones anteriores. El estigma y la discriminación debido a la falta de reconocimiento de su sexualidad empuja a muchos hombres que tienen sexo con otros hombres a mantenerse ocultos y esto impide que accedan a los servicios de VIH y SSR que necesitan. En la actualidad, 78 países penalizan las prácticas sexuales entre personas del mismo sexo, y en siete de estos países, las prácticas del mismo sexo son punibles con la muerte.⁴⁸ Agencias de la ONU como ACNUDH, PNUD, ONUSIDA y OMS recomiendan que los países trabajen para cambiar las leyes en pro de la despenalización de la conducta sexual entre personas del mismo sexo como vector clave en la transformación de la epidemia del VIH entre esta población clave particular.⁴⁹

⁴⁶ *Directrices consolidadas sobre la prevención del VIH, diagnóstico, tratamiento y atención en las poblaciones clave. OMS, julio de 2014. OMS especifica estas poblaciones clave como: los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, las personas en las cárceles y los entornos cerrados, personas que se inyectan drogas, trabajadores sexuales y personas trans. Las poblaciones vulnerables son grupos de personas que son especialmente vulnerables a la infección por el VIH en determinadas situaciones o contextos, como los adolescentes (especialmente las niñas adolescentes en el África subsahariana), huérfanos, niños de la calle, personas con discapacidades, inmigrantes y trabajadores móviles.*

⁴⁷ *Reporte Gap*, ONUSIDA, 2014, p. 20.

⁴⁸ *Ibíd.*, p.12.

⁴⁹ *Declaración Interagencial sobre LGBT, Comisión sobre VIH y la Ley del PNUD, Guías Consolidadas de la OMS para Poblaciones Clave (2014) Ibíd.*, p.8.

37. Allí donde las actividades del mismo sexo están tipificadas como delito o perseguidas, los gays y los hombres que tienen sexo con otros hombres viven en el miedo, lo que socava el derecho a la salud e incluso el derecho a la vida. **"Balo", un hombre gay de Nigeria con VIH**, establece lo siguiente: "... Hemos estado viviendo en el miedo desde que el gobierno de Nigeria promulgó una ley que penaliza la relación del mismo sexo. Muchos de nosotros que somos abiertamente gay hemos visto el aumento de amenazas. A veces experimento actitudes hostiles en los trabajadores de la salud de las clínicas de ARV, aunque nunca me han negado el tratamiento. Del mismo modo, en Liberia, **"Vela"**, dice: *Las leyes que penalizan las actividades consentidas entre adultos del mismo sexo de la población oculta LGBTI, afectan su capacidad de buscar los servicios de salud sexual y reproductiva ... Tenemos que echar un vistazo más de cerca al impacto de la reciente ola de homofobia en África y el grave peligro que representa para los avances que hemos logrado en las últimas tres décadas "*

Las Personas Transgénero

38. Las personas trans, específicamente las mujeres transgénero, tienen las tasas más altas de VIH en el mundo entre las poblaciones clave, teniendo 49 veces más probabilidades de contraer el VIH que la población general según ONUSIDA.⁵⁰ Además, en muchos entornos, las mujeres transgénero están todavía incluidas en el marco de referencia "HSH", que no aborda de forma exhaustiva todas sus necesidades. En reconocimiento de la necesidad de abordar más específicamente la prevención y atención del VIH entre las personas trans, se desarrolló un informe de política en julio de 2015.^{51 52} Si bien la elaboración de intervenciones específicas para las personas trans están dentro de los documentos de orientación para las poblaciones clave, el informe técnico también discute otros temas específicos relacionados con la salud y los derechos de los transgénero. Estos incluyen la discriminación, la violencia y el estigma a los que las personas transgénero se enfrentan en su vida diaria, así como la violación frecuente de los derechos humanos, y la negación a los servicios de salud incluyendo problemas con los DSSR, debido al no reconocimiento por su género, identidad y expresión. Estos limitan la acción de las mujeres transgénero (y hombres) para acceder a los conocimientos y poner en práctica las decisiones que promuevan su salud sexual y reproductiva y el bienestar, incluyendo la prevención del VIH, o para vivir positivamente con el VIH, entre otras áreas de toma de decisiones y acción. Los servicios de salud específicos para las personas trans incluyen la terapia hormonal, detección de cáncer mama y cervical, y diferentes tipos de cirugía para la afirmación del género. La OMS recomienda que los países trabajen hacia el reconocimiento legal de las personas trans y las no conformes con la identidad de género, citando la legislación de apoyo de Nepal, Argentina y Uruguay.⁵³

⁵⁰ Estrategia de ONUSIDA 2016-2021, op.cit., P.29

⁵¹ *Las personas transgénero y VIH Un Resumen de políticas. OMS de 2015.*

⁵² Salud Sexual, Derechos Humanos y la Ley, OMS 2015

⁵³ *Ibid.* p.8

39. Las principales preocupaciones de las personas trans en general y en particular las mujeres transgénero, fueron expresadas durante las consultas para este informe de las ONG`s, incluyen el no reconocimiento, la discriminación en el trabajo y los servicios de salud en general, y la violencia, tanto de las autoridades sanitarias y la policía.

"... A menudo tenemos problemas para obtener documentos legales y derechos básicos. El hecho de que seamos trans, ha complicado nuestras experiencias con la obtención de puestos de trabajo o en las interacciones humanas cotidianas ... Nosotros no somos tomados en cuenta, somos despreciados como ciudadanos de tercer grado, no tenemos opciones ... "

"Poloumi", de 50 años, persona transgénero musulmán que viven con el VIH, India

Ari, un hombre afroamericano / indígena gay de 26 años de edad que vive con VIH, EE.UU. señala: *"... Los crímenes de odio siguen ocurriendo, especialmente para las mujeres trans. Las actitudes de la policía hacia la gente joven que es gay o lesbiana o transgénero son un gran problema; se supone que deben proteger, y al contrario agravan la situación. La gente ha dejado el estado. Tienen miedo debido a la legislación (Ley de Restauración religiosa) que da al personal médico el derecho a negarse a tratarlo si cree que usted pertenece a la comunidad LGBTI, incluso en situaciones de emergencia, y si la homosexualidad va en contra de sus creencias religiosas "*

40. Las personas Transgénero necesitan una gama similar de servicios en SSR, entre ellos, servicios de aborto / Cuidados después de aborto, la salud materno-infantil (SMI) y la prevención de la transmisión vertical para los hombres transgénero que pueden quedar embarazados, intencionadamente o no. Los proveedores de salud deben ser sensibilizados sobre la necesidad de exámenes cómodos de los senos, los genitales y la zona anal, y debe ser capaz de abordar las cuestiones relacionadas con la violencia de género, incluyendo la prestación de apoyo psicosocial y remisiones. De la misma manera, el personal uniformado también necesita ser sensibilizado y capacitado en temas de trabajo del sexo trans, para proteger y promover los derechos, prevenir violaciones y sancionar a los responsables en caso de producirse.

Las trabajadoras/es sexuales

41. Aparte de las intervenciones de prevención del VIH, como los preservativos y lubricantes, los/as trabajadoras/es sexuales necesitan tratamientos para infecciones de transmisión sexual, información sobre planificación familiar, la anticoncepción, el aborto y los servicios de atención post-aborto, y la protección contra la violencia. Los/as trabajadores/as sexuales son a menudo vistas únicamente en el contexto del trabajo sexual y no como los padres y cónyuges que son. También necesitan servicios de atención prenatal, servicios de SMI y programas de prevención sobre la transmisión vertical de las trabajadoras sexuales que viven con el VIH y que deciden tener hijos.⁵⁴ Sin embargo, sus opciones de fertilidad suelen descartarse, ya que lo hacen sin encajar en los estereotipos culturales de género de una ' adecuada ' maternidad.

⁵⁴ *Las experiencias con el embarazo entre trabajadoras sexuales en Etiopía: un estudio exploratorio enlace de arriba. El proyecto Link-Up, OSSA, Centro de Investigación Miz-Hasab Etiopía, del Population Council, abril de 2015.*

"Tenía 19 años, nueva en el trabajo sexual, y quedé embarazada ... Yo no sabía qué hacer y tenía miedo y vergüenza. Uno de mis amigos me dijo que me acercara a una clínica de abortos, pero el doctor me pidió que llevara a mi marido Así que fui a otra clínica y les dije que mi novio me embarazó y me dejó Yo no tenía el dinero para pagar por el aborto Cuando tuve el parto, médicos, enfermeras incluso limpiadoras preguntaron dónde estaba el padre. Después del parto, la enfermera me dijo que di a luz un bebé muerto, yo ni siquiera vi el cuerpo".

"Farzhana", 19, trabajadora sexual, Bangladesh

Trabajadoras y trabajadores sexuales, masculinos, femeninos y transgéneros experimentan altas tasas de consumo de sustancias, como el alcohol, los estimulantes de tipo anfetamina y varias "drogas de fiesta." Las intervenciones para reducir los daños también deben ser incorporadas en los servicios disponibles.

42. La Nota de Orientación de ONUSIDA sobre VIH y Trabajo Sexual (2012) recomienda que los Estados se aparten de la criminalización del trabajo sexual o de las actividades asociadas con el mismo. En particular, la decriminalización del trabajo sexual debería incluir la remoción de leyes criminales y penas para la compra y venta de sexo, la administración de trabajadoras/es Sexuales y burdeles y otras actividades relacionadas al trabajo sexual. Y que los Estados retengan leyes administrativas no criminales o regulaciones del trabajo sexual y estas se apliquen de manera de no violar los derechos o la dignidad de trabajadoras y trabajadores Sexuales y asegurar el disfrute del debido proceso legal⁵⁵.

Personas que se inyectan drogas (Usuarios de drogas inyectables)

43. Las personas que se inyectan drogas son otra población clave cuyos DSSR y en general las necesidades de salud son descuidadas. La Penalización de, y las actitudes negativas de la sociedad en torno al consumo de drogas contribuyen al estigma y la discriminación contra las personas que se inyectan drogas. Esto incluye la denegación o falta de reconocimiento de las necesidades de SSR y los derechos de las personas que se inyectan drogas (incluidas las que viven con el VIH), incluyendo el deseo potencial de tener relaciones íntimas, tener hijos y formar familias.⁵⁶ Las personas que se inyectan drogas, en particular las mujeres, embarazadas o con niños, trabajadoras sexuales, que están encarceladas o que están viviendo con VIH, tienden a enfrentar el estigma y la discriminación más intensamente. Actitudes sociales negativas significan que las intervenciones de reducción de daños, tales como los programas de agujas y jeringas, la sustitución de opiáceos, o de educación y prevención de sobredosis pueden ser una prioridad menor o ineficaces, pero populares, en comparación con la rehabilitación basada en la abstinencia. En muchos países, el consumo de drogas sigue se mantiene bajo el cumplimiento de la ley, en lugar de ser considerada un problema de salud.

44. Un proveedor de atención médica de apoyo puede hacer la diferencia. En el caso de **"Svetlana", una mujer embarazada de 32 años de edad, de Rusia, usuaria de**

⁵⁵ http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2306_UNAIDS-guidance-note-HIV-sex-work_en_0.pdf

⁵⁶ Promoción de la salud sexual y reproductiva y derechos humanos de usuarios de drogas inyectables que viven con el VIH. Red internacional de personas que consumen drogas (entrada) y el PNB de 2010.

drogas: *"Doctor A.N me trató muy bien, gracias él di a luz. No tenía todos los documentos y él se hizo responsable. Los médicos del hospital sabían que soy adicta. El Dr. A.N se encargó de mí; se preocupaba por mí. Él regañaba al personal médico con firmeza si hacían algo mal. Ahora tengo dos hijos y no aborté el segundo porque tuve suerte con el médico ... "*

Las poblaciones privadas de libertad (La gente en las prisiones y otros entornos de encierro)

45. El encarcelamiento se asocia con un incremento en los comportamientos de riesgo y la falta de servicios de VIH en estos entornos. La gente en las prisiones debe tener acceso a los mismos programas y la calidad de los servicios de salud, incluyendo la salud sexual y reproductiva y los servicios relacionados con el VIH, como otras personas que no están confinadas. Se experimentan situaciones específicas en confinamiento (como tatuajes y agujas contaminadas, el consumo de drogas, la violencia sexual, el hacinamiento, etc.) esto puede aumentar el riesgo de contraer y propagar el VIH, enfermedades de transmisión sexual, hepatitis y la tuberculosis.⁵⁷ La falta de servicios de salud penitenciarios adecuados y el seguimiento, una vez que las personas se liberan, complican aún más la situación. Los derechos en salud sexual y reproductiva y las necesidades relacionadas con el VIH de las personas en prisión pueden ser ignorados, en particular, los derechos a la intimidad, la confidencialidad y la dignidad se ven comprometidos en el contexto del acceso a los servicios de SSR y VIH en la cárcel.

"... Mi marido y yo fuimos arrestados en 2013; él tenía ocho gramos de metadona. Yo estaba embarazada y sentenciada a seis años ... Durante 53 días, no se me dio la medicina que requería para el VIH. Tuve suficiente terapia durante un mes y después de que se acabó, no tuve más acceso a la medicina. Cuando entre a trabajo de parto, me llevaron a la sala de maternidad más cercana en un convoy. No dejaba de sangrar y me llevaron de vuelta a la celda. Ahora, en la celda, tengo otros problemas en el útero que pueden necesitar una operación, pero hasta que sea liberada no lo haré, y no está claro cuál será el resultado "

"Catalina", de 34 años de edad, mujer rusa que vive con el VIH

Migrantes y poblaciones móviles

46. Los migrantes también se enfrentan a desafíos específicos con respecto al acceso a diversos servicios sociales y de salud, incluyendo el VIH y servicios en SSR, debido a las barreras idiomáticas y culturales, la falta de documentos de identidad, documentos de residencia o de registro, y la falta de conocimiento acerca de los servicios de salud, seguro de salud y sistemas de seguridad social. Estas dificultades se agravan por los estereotipos culturales y de género, el racismo, la xenofobia, la desigualdad de género, la homofobia y / o transfobia.

"La gente piensa que el VIH es un problema africano y que somos portadores, y piensan que estamos aquí sólo para obtener medicamentos. Vivir con el VIH es una cosa, pero también ser negro. Te tratan totalmente diferente eres una persona de raza blanca que vive con el VIH, que si eres negro. Tratas de encontrar un trabajo y ni siquiera te dan la oportunidad ... "

"Winnie" 45, mujer migrante de Uganda que vive con el VIH, Londres

⁵⁷ Directrices consolidadas sobre la prevención del VIH, diagnóstico, tratamiento y atención en las poblaciones clave, op. cit., p. 5.

47. Los migrantes que están en tratamiento antirretroviral (TAR) pueden depender de las redes y los amigos personales para continuar con la adherencia. Por ejemplo, "**Rodrigo**", un homosexual de 20 años de edad con VIH, que vive en Argentina, cerca de la frontera con Paraguay: *"Me fui a Paraguay para visitar a mi familia. Me quede sin medicina allí. Algunos amigos en Asunción me dieron algunos de mis medicamentos prescritos. Esto no fue gracias al gobierno ni nada, pero me salvó de quedarme sin medicación ... "*

Pueblos indígenas (y minorías étnicas) con VIH

48. Otro grupo de población que pueden ser vulnerables en algunos países son las poblaciones indígenas. Mientras que algunos esfuerzos se han financiado para la investigación sistemática de las necesidades de los pueblos indígenas relacionadas con el VIH, hay informes de las barreras de acceso a los servicios de salud, incluida la salud sexual y reproductiva y el VIH - servicios relacionados, y de violación de derechos humanos dentro de los ámbitos de la salud. En particular, los informes de violación de los DSSR entre las mujeres indígenas están empezando a ser bien documentados.

" Los pueblos indígenas en todo el mundo se enfrentan a una renovada amenaza para su supervivencia después de la colonización. Las incidencias de violaciones a las mujeres indígenas que viven con el VIH, así como a sus derechos a la salud sexual y reproductiva, están en aumento. Este es un tema común observado para todas las poblaciones indígenas en todo el mundo. Hace seis años, fui obligado a ser esterilizada. He hablado con otras mujeres indígenas de Asia y el Pacífico que han sido "comentando" sometidas a una histerectomía, obligadas a no tener hijos a través de la anticoncepción, o han tenido hijos que les han quitado debido a su estado de VIH. "

Marama Pala, maorí, Grupo de Trabajo Internacional Indígena sobre el VIH / SIDA

Personas con discapacidad

49. Las personas con discapacidad suelen estar aisladas y excluidas de varios servicios, de los sistemas educativos formales y de la vida en comunidad. Ellos pueden ser fácilmente objeto de explotación, abuso y violencia, y son a menudo incapaces de quejarse. No se espera que tengan SSR, necesidades y deseos o éstos son controlados de forma rígida a través de la esterilización forzada, el aborto y / o el uso de anticonceptivos de acción prolongada. Como resultado, las personas con discapacidad han sido pasados por alto sistemáticamente respecto a la atención del VIH y programación de los DSSR, y se hacen pocos intentos para hacer frente a las barreras que enfrentan en el acceso a servicios e información. Esto contraviene las disposiciones de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD).⁵⁸

"Ser ciega y VIH-positivo no significa ser inútil, pero a veces me siento así debido a la forma en que algunas enfermeras me tratan hacen comentarios sobre cómo alguien con una discapacidad podría contraer el VIH, como si se lo mereciera por tener relaciones sexuales,

⁵⁸ El artículo 25 de la CDPD: proporcionar a las personas con discapacidad con la misma gama, calidad y nivel de atención y programas de salud gratis o de bajo costo que, a las demás personas, incluso en el ámbito de los programas de salud pública y de la salud sexual y reproductiva dirigidos a la población.

incluso con mi condición. Ser ciega no significa ser asexual. Tengo hijos, y tengo sentimientos igual que cualquier ser humano normal "

"Berlita", una mujer ciega de 30 años de edad, VIH-positivo, Zimbabue

"... Algunas personas sólo te miran como alguien del cual aprovecharse. Algunos hombres piensan que te están haciendo un favor cuando tienen relaciones sexuales contigo. Varias personas han querido aprovecharse de mí sexualmente. Muchos de nosotros no tienen el valor de decir no al sexo o tener la confianza para hablar de sus experiencias. Siempre que se organizan los programas de VIH, no existen disposiciones para los intérpretes de lengua de señas "

"Loveth", mujer que vive con discapacidad, Nigeria

Adultos mayores y llegar a un acuerdo con el VIH: ¿la próxima frontera?

50. A medida que la epidemia entra en su cuarta década, un número de personas han estado viviendo con el VIH como una enfermedad crónica y condición persistente durante décadas. Los adultos mayores que viven con el VIH experimentan otros cambios en su SSR, como el aumento del riesgo de cáncer del tracto reproductivo, mientras que también tiene dificultades para el placer, compañía e intimidad. Las mujeres mayores también experimentan cambios de SSR provocados por la menopausia.⁵⁹ Todo enfoque de un " ciclo de vida " de los DSSR, desde la pre-puberal, a la reproducción, y los años posteriores a la menopausia deben ser adoptado, incluyendo un mayor reconocimiento del riesgo de contraer el VIH y otras infecciones de transmisión sexual entre las mujeres postmenopáusicas para los que el foco de ' protección ' ha estado en la prevención de embarazos no deseados. Un estudio reciente sobre la salud sexual y reproductiva y los derechos humanos de las mujeres que viven con el VIH puso en evidencia, que se necesitan investigaciones enfocadas en los años geriátricos, incluyendo los años post-menopáusicas, de las personas que viven con el VIH.

" Hay enormes lagunas en la atención clínica, la práctica, la política y la investigación para las mujeres, especialmente aquellos de nosotros que viven con el VIH en la menopausia y post-menopausia, debido a que la " amenaza " de la transmisión vertical madre-hijo no está presente " ⁶⁰

Ser miembro de varias poblaciones clave y comunidades afectadas a la vez, implica para muchos de los encuestados, que la discriminación se acentúa.

51. Muchos de los que se identifican a sí mismos con varios grupos de poblaciones clave, pueden tener problemas para unirse y riesgos "superpuestos". Como ha dicho uno de los encuestados, *"... Donde hay una superposición, donde uno es LGBT, al mismo tiempo, las personas con VIH, un usuario de drogas inyectables (UDI) y una PI (Persona indígena), el ejercicio de los derechos sexuales y reproductivos se ve limitada; uno calla o niega su identidad para evitar la discriminación y ser juzgado. Pero al negar la realidad, uno no puede obtener los servicios adecuados. en la escuela, uno pone una fachada para ser aceptado. La expresión de la identidad se niega debido al temor al*

⁵⁹ Salamander Trust 2014, op. cit., p. 13, 52-53.

⁶⁰ *Ibid.*, p.13

rechazo. Añadir a esto el estatus VIH, ser un UDI. La respuesta es obvia. ¿Vivir una vida llena de negación se considera una vida vivida con sentido? "

"Harold", un homosexual de 27 años de edad que vive con VIH, y también es una persona indígena que de vez en cuando se inyecta, Filipinas

52. Las cargas sobre la salud sexual, mental y psicosocial impuesta por el conocimiento de la condición VIH pueden ser formidables, incluso en situaciones en las que las personas en tratamiento son conscientes de los riesgos muy insignificantes de transmisión. En las palabras de **"María", de 35 años, que vive con el VIH en Portugal:** *"... Yo tuve un novio durante cinco años. Él sabía mi estado de VIH y no quería usar un condón. Terminamos la relación porque tenía mucho miedo de transmitir el VIH. Por lo tanto, estoy sola desde 2005. Para tener una vida sexual es complicado. Todo el tiempo soy consciente de que vivo con el VIH, que hago si tengo una infección, como tener adherencia a mi tratamiento y así sucesivamente. No me puedo relajar completamente. Es una gran responsabilidad. Yo prefiero estar sola, de solo pensar que podría haber una posibilidad de transmitir la infección a alguien "*

LA INTEGRACION DE LOS SERVICIOS EN SSR Y VIH SIGUEN SIENDO UN DESAFIO

53. Los enfoques para abordar los vínculos entre el VIH y los DSSR para las poblaciones clave incluyen la investigación, la promoción, la educación sexual integral, movilización de la comunidad, la construcción de movimientos, vigilancia de los derechos humanos, desafiando las normas de género y la integración de servicios, entre otros,⁶¹ y la adaptación de estas intervenciones para las mujeres y los hombres de diversos orígenes y contextos. Sin embargo, mientras que la integración de los servicios de VIH y SSR ofrece un enfoque prometedor para abordar algunas de las barreras que enfrentan las poblaciones clave de acceso a los servicios, pasar de la teoría a la práctica sigue siendo un reto. Los principales componentes de los servicios de SSR y VIH y sus vínculos fueron descritos en 2004 (véase el anexo 4).⁶² La integración se refiere a los diferentes tipos de servicios o programas operativos de SSR y VIH que se unen para asegurar y maximizar los resultados colectivos. Existen ejemplos prácticos de los esfuerzos para hacer vínculos de servicios integrados, pero deben ser reproducidos, tomados a escala, y hacerlos más eficientes.⁶³ el siguiente ejemplo pone de relieve el beneficio potencial, pero también la actual falta de integración de servicios adaptados a las necesidades de los profesionales del sexo en Myanmar:

"... Entré en el trabajo sexual hace un año, no sabía mucho sobre enfermedades de transmisión sexual o el embarazo. Es un desafío a usar condones cada vez. Algunos clientes no quieren, a veces no están disponibles Un día me sentí dolor al orinar y comezón en los genitales. Se puso peor y unos días más tarde, tuve una secreción con sangre y un olor desagradable. Era tan malo que tuve que dejar de trabajar. Un amigo me llevó a una clínica de ONG, donde tuve una prueba de VIH. Yo tenía dos problemas: que estaba embarazada, y tenía sífilis. El médico me podría tratar la sífilis, pero dijo que no podía tratar con el embarazo. El medicamento

⁶¹ Véase, por ejemplo, la innovación comunitaria, ATHENA y el ONUSIDA de 2011, http://www.athenanetwork.org/assets/files/Community%20Innovation/UNAIDS%20and%20ATHENA_Community%20innovation.pdf

⁶² Salud sexual y reproductiva y el VIH: un marco para establecer vínculos prioritarios. OMS, UNFPA, ONUSIDA, IPPF. 2005

⁶³ Segmento temático: Salud Sexual y Reproductiva (SSR) intervenciones en prácticas con los servicios de VIH. Documento De referencia. https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/SRH_background_paper.pdf.

funcionó, el dolor y la secreción terminó, pero el embarazo se mantuvo. Yo quería un aborto, pero no tenía el dinero; Por suerte, un cliente me ayudó. Después del aborto, sentí un dolor grave en el estómago, sangre durante una semana, y no podía trabajar. Fui a una ONG, pero no proporcionaban el tratamiento relacionado con el aborto, así que no había ninguna ayuda. Necesitamos aborto seguro y también el cuidado después del aborto "

Tazin, 19, trabajadora sexual, Myanmar

54. Los Enfoques para la integración pueden incluir referencias y / o instalaciones "de paso" ("one-stop"), así como clínicas móviles / divulgación, educación de pares, y servicios dirigidos por jóvenes que proporcionan una gama de información en los servicios en SSR y VIH, las intervenciones y referencias para diversas poblaciones en diferentes contextos, incluidos los jóvenes y adolescentes. Por ejemplo, éstos pueden incluir: información para toma de decisiones sobre el sexo y las relaciones sexuales; promover el diálogo entre generaciones; promover el sexo seguro para prevenir las ITS s , el VIH un embarazo no deseado; pruebas de VIH y asesoramiento, Profilaxis-Post-Exposición (PPE), Profilaxis-Pre-Exposición (PrEP), vacunación contra el virus del papiloma humano (VPH), detección y tratamiento de cáncer del cuello uterino; incluyendo el tamizaje del cáncer anal y del pene al tratar infección por papilomavirus, particularmente en aquellos que viven con VIH; la planificación familiar ; anticoncepción ; aborto seguro y la atención post-aborto ; la protección y la mejora de la fertilidad ; tratamiento del VIH; prevención de la transmisión vertical del VIH; salud materno-infantil; circuncisión voluntaria masculina médica (CVMM) ; la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de la SSR - cánceres relacionados; y, la prevención y asesoramiento para la violencia de género .⁶⁴ La OMS también recomienda el uso de la PrEP como una opción más de prevención para trabajadores/as sexuales, incluida dentro de una serie de intervenciones preventivas integrales, para poblaciones con una tasa de infección por VIH anual (incidencia) superior al 3% y entre parejas serodiscordantes⁶⁵ .

55. Los ODS no promueven explícitamente una agenda de integración. Por otra parte, la Agenda 2030 no define el alcance completo de los "servicios de salud sexual y reproductiva".⁶⁶ Esto podría ser interpretado de acuerdo con la CIPD, la OMS u otros organismos mundiales y plataformas regionales, o de lo que disponen los Estados miembros y los distintos ministerios para interpretar. sin embargo, el Programa no incluye una referencia específica a la educación integral de la sexualidad, y lo hace sin vínculos articulados entre la SSR y el VIH. la Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA, de conformidad con la Decisión 5.4 de la 36 JCP, exige respuesta multisectorial frente al SIDA en los ODS y articula los vínculos no sólo entre el VIH y los DSSR, sino también en relación con una serie de áreas, como se muestra (véanse los párrafos 21-

⁶⁴ Modificado de la Integración de los derechos en salud sexual y reproductiva y el VIH: Guía de buenas prácticas.[http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/416/507-Good-Practice-Guide-Integration-of-HIV-and-Sexual-and-Reproductive-Health-and-Rights-\(Black-_-White\)_original.pdf?1405586797..](http://www.aidsalliance.org/assets/000/000/416/507-Good-Practice-Guide-Integration-of-HIV-and-Sexual-and-Reproductive-Health-and-Rights-(Black-_-White)_original.pdf?1405586797..)

⁶⁵ *Guías Consolidadas sobre Prevención, Diagnóstico, Tratamiento y Cuidados del VIH en Poblaciones Clave*. OMS, julio de 2014, pp. 44-48; *Resumen de Políticas sobre Personas Transgénero y VIH*, OMS, julio de 2015, p. 21-22.

⁶⁶ El párrafo 26 de la Agenda 2030 incluye: "Estamos comprometidos a garantizar el acceso universal a los servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, información y educación."

24 anteriores). la estrategia también es explícita al pedir la integración de la prestación de servicios en SSR y VIH y las políticas que sostienen la misma (véase el párrafo 73).⁶⁷

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, DERECHOS HUMANOS, LA LEY Y EL VIH

56. La epidemia del VIH no es meramente un problema importante de salud pública – ha sido descrita como "problema legal, derechos humanos y justicia social".⁶⁸ Las leyes punitivas, discriminatorias y de brutalidad policial, y la denegación de acceso a la justicia a las personas vulnerables o que viven con VIH, alimenta la epidemia y aumenta los riesgos de limitar el acceso a los servicios y conduce a la gente al ocultamiento. En 2012, la Comisión Global sobre VIH y la Ley, hicieron recomendaciones globales para la reforma legales y políticas, enraizadas tanto en la salud pública y las normas de derechos humanos.
57. En junio de 2015, un informe de la OMS sobre Salud Sexual y la Ley, concluyo que los Estados tienen la obligación de poner sus leyes y regulaciones que afectan a la salud sexual en alineación con las leyes y las normas de derechos humanos.⁶⁹ la eliminación de barreras en el acceso a la información y servicios en SSR, y poner como objetivo en las leyes y reglamentos apoyar y promover la SSR; son acciones que también están en línea con la estrategia de "salud reproductiva" adoptada por la Asamblea Mundial de la salud de la OMS en 2004.
58. Recientemente, Amnistía Internacional aprobó una política para abogar por la despenalización del trabajo sexual. La política se basa en los derechos humanos y los principios de reducción de daños: a saber, las relaciones sexuales consentidas entre adultos (con exclusión de los actos que implican la coerción, el engaño, amenazas o violencia) tienen derecho a la protección contra la interferencia del Estado, y la criminalización del trabajo sexual provoca el arraigamiento de la discriminación y aumenta la probabilidad de ser sometido a acoso, violencia, y abusos policiales, la negación del debido proceso y la exclusión de varios beneficios públicos.⁷⁰ La política ha sido alabada por las comunidades de trabajadoras sexuales, diversas organizaciones de la sociedad civil (OSC) y organizaciones no gubernamentales (ONG) que trabajan con las trabajadoras sexuales, y las Naciones Unidas.
59. Las leyes punitivas, como las que penalizan la actividad sexual consentida entre personas adultas del mismo sexo, el travestismo, el trabajo sexual voluntario, el consumo de drogas, la transmisión del VIH, y la no revelación del estado de VIH, se consideran contraproducentes⁷¹ y una violación de los derechos humanos.⁷² también crean un ambiente donde la discriminación y el estigma se legitiman y arraigan.

⁶⁷ Estrategia 2016 – 2021 ONUSIDA, óp. cit., p. 81

⁶⁸ *VIH y la Ley: Riesgos, Derechos y Salud. Informe de la Comisión Global sobre VIH y Derecho, PNUD, julio de 2012.*

⁶⁹ *Salud Sexual, Derechos Humanos y el Derecho de la OMS, junio de 2015.*

⁷⁰ *Resumen: propuesta de política sobre el trabajo sexual.* <https://docs.google.com/viewer?a=v&pid=sites&srcid=YW1uZXN0eS5vcmcuYXV8YWlhLWFjdGI2aXN0LXBvcnRhbnhneDoxNWMyZThjMDI5MzJmZmMy>.

⁷¹ Comisión Global sobre VIH y Ley, óp. cit.

⁷² Estrategia 2016-2021 ONUSIDA, óp. cit., p. 64

60. Las leyes también pueden contribuir a un entorno favorable. La despenalización y la eliminación de las barreras legales han dado resultados positivos sobre la salud como la reducción de la vulnerabilidad al VIH,⁷³ entre otras cosas, la reducción de la violencia y el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud sexual y reproductiva de las poblaciones clave.⁷⁴ Estas leyes se basan a menudo en el sondeo de la salud pública, así como los principios de derechos humanos. Estonia ha promulgado leyes contra la discriminación, lo que lleva a una mayor información y acceso a la prevención, el tratamiento y atención del VIH, como se describe a continuación:

Estonia: mostrando el camino por el respeto a los DSSR

Estonia ha reforzado su compromiso con la lucha contra el VIH, y actualmente se gasta la tercera cantidad más alta per cápita en Europa en la prevención del VIH (\$ 4,93, por detrás de Luxemburgo y Grecia que gastan \$ 5,00). Tiene una actitud más liberal y tolerante hacia las personas de diversa orientación sexual e identidad de género y sus expresiones (SOGIE) y sigue siendo el único país de la ex Unión Soviética que reconoce las relaciones del mismo sexo. Se aprobó recientemente un proyecto de ley de convivencia entre personas del mismo sexo. Mientras tanto, en los países con políticas represivas en SOGIE y los derechos sexuales y reproductivos, hombres gays y hombres que tienen sexo con otros hombres, se ven obligados cada vez más a recurrir a las redes clandestinas de parejas sexuales ocasionales, que a su vez pueden conducir a un aumento en las tasas de infección por el VIH. Los hombres gays y hombres que tienen sexo con otros hombres, a menudo son reacios a acudir a las clínicas de salud sexual en estos países, debido al estigma, la discriminación o la violencia. El clima político y social favorable de Estonia, permite a los hombres gays y hombres que tienen sexo con otros hombres, conocer su estado serológico y para aquellos que resultan VIH-positivo, buscar tratamiento, atención y apoyo. Esta información y el acceso al tratamiento y la atención es crucial para asegurar una respuesta eficaz contra el VIH; Estimaciones recientes sitúan la prevalencia del VIH entre los hombres gays y hombres que tienen sexo con otros hombres en Estonia en el 2,5 por ciento, en comparación con Ucrania (21%) Federación de Rusia (18%), Uzbekistán (6,8%), Moldavia (4,8%) y Georgia (3,7%).

FUNCIONES DE LAS OSC, ONG Y REDES EN LA REALIZACIÓN Y COMPRESION DE LOS DERECHOS DE LAS POBLACIONES CLAVE

61. De acuerdo con la comisión Lancet-ONUSIDA, "El activismo y la defensa son las características que definen la respuesta al VIH. " El informe de la Comisión toma nota de las funciones desempeñadas por los activistas y las personas que viven con el VIH y cita estas acciones como " bienes públicos globales " merecedores de las inversiones.⁷⁵ Por otra parte, la participación de las organizaciones de la sociedad

⁷³ *Ibíd.*

⁷⁴ Comisión Global sobre VIH y Derecho, *óp. cita.*; Salud Sexual, Derechos Humanos y el Derecho de la OMS de 2015.

⁷⁵ *Para vencer el SIDA - Avanzando la Salud Global, Piot P et al. Informe de la Comisión Lancet de ONUSIDA, junio de 2015.* [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60658-](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60658-)

civil' (OSC s) ha fortalecido la participación de las poblaciones clave, un mejor acceso a la educación, y a los servicios de salud y de justicia salud y ha facilitado la reparación y enmiendas.

62. Sin embargo, el activismo y defensa en los países con políticas represivas puede poner en riesgo la vida de los activistas. En el caso de " **AE**", **un profesor y conferencista de Rusia:**

"Bajo la presión de una campaña 'Contra la propaganda de perversiones sexuales', fue despedido de su trabajo en la escuela debido a su participación en varias actividades LGBT, y amenazado con violencia. En 2015, durante una manifestación LGBT, fue atacado. En un programa de televisión, "Corresponsal especial: exportación toxica", lo acusó de ser un agente de la embajada de Estados Unidos, contratado para dirigir manifestaciones LGBT en Rusia. Después de esto, AE decidió abandonar el país. personas LGBT y sus partidarios se enfrentan a una situación difícil en Rusia ... "

63. Varios informantes citan el papel desempeñado por las OSC, en particular en el suministro de información y servicios esenciales. La participación de las poblaciones clave en todos los aspectos y etapas del programa y la implementación y evaluación en el proyecto, fomenta la capacidad, la confianza y la autonomía. Esta es la esencia de la participación significativa de las poblaciones clave.

"... Nos dirigimos a asuntos de SSR para las trabajadoras sexuales, asegurándose de que no haya estigma y discriminación en los centros de salud, y garantizando la salud y la dignidad de las trabajadoras sexuales. Nosotros, los educadores de pares, hacemos promoción y distribución de condones en especial a nuestros clientes para que podamos permanecer en el negocio. El reconocimiento de los programas de trabajo sexual por parte de gobiernos y empresas recorren un largo camino en términos de apoyo a los programas de bienestar en los lugares de trabajo. Somos trabajadoras sexuales responsables que también tenemos derechos ... "

"Lidia", trabajadora sexual Educadora de Pares, Mozambique

"... El trabajo con otras organizaciones no gubernamentales sobre diferentes temas, colaborando con nuestra experiencia, que nos aceptan como profesionales y no nos juzgan, aumenta nuestra moral y mejora nuestras habilidades ... "

"KC", transexual y vuelta En el Coordinador del Centro, Pakistán

64. Las OSC y redes proveen el apoyo técnico estratégico necesario, construir coaliciones y movimientos, facilitan la participación de otros actores clave y aliados que no necesariamente pueden estar enfocados en el VIH, y fortalece la prestación de servicios y la creación de demanda, la concientización frente a los derechos, y los esfuerzos de integración, entre otros. El caso de la Red Europea de Reducción de Daño (RERD) y su trabajo con la Red Nacional de Reducción de daños en la presentación de informes de los países sobre la Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW) ilustra esto (véase el anexo 5).

PROBLEMAS DE FINANCIAMIENTO EN LA RESPUESTA A LOS DSSR

65. Las inversiones en la provisión de servicios de SSR - incluso en la sociedad civil para movilizar la demanda de prestación y utilización de los servicios a nivel comunitario - son fundamentales para el bienestar, la resistencia y la prosperidad, y han demostrado ser rentables y económicos.⁷⁶ La insuficiencia de fondos del programa basado en los derechos en salud sexual y reproductiva es un factor que contribuye para alcanzar los objetivos relacionados con la consecución del acceso universal a los servicios de SSR (1994 CIPD) siguen sin ser alcanzados, eso explica el por qué el ODM 5 en salud maternal es uno de los más atrasados.⁷⁷ Los costos se pasan al consumidor. De acuerdo con el Grupo de Tareas de Alto Nivel (HLTF) para la CIPD, el grueso del gasto interno en los paquetes de Salud de SSR (hasta un 62 por ciento, a partir de 2011, en el último año, según los datos) proviene de los gastos fuera de su bolsillo, con consecuencias alarmantes para un acceso equitativo.
66. La financiación (Ayuda Oficial al Desarrollo o AOD) para la salud ha tendido a favor de los enfoques biomédicos del VIH y el SIDA. Esto ha dado lugar a desequilibrios relativos en la financiación de los DSSR, así como fuentes de fondos paralelos los cuales en realidad están destinados para las prioridades relacionadas entre sí: planificación familiar, salud materna y el VIH y el SIDA, entre otros.⁷⁸
67. El Equipo de Tareas para la CIPD subraya que la solución no es disminuir el apoyo para el VIH, sino aumentar el apoyo a todas las dimensiones interrelacionadas de los DSSR. Se necesita la promoción y la voluntad política para asegurar la financiación nacional adecuada en todos los países, y que los países donantes tengan un 0,7 por ciento del PIB destinado a la AOD, un compromiso que aún no se acordado. El Equipo de Tareas recomienda varias estrategias para la financiación de los DSSR en la era post-2015.⁷⁹
68. En muchos países, los recursos asignados para la prevención del VIH no siempre se basan en la evidencia. En Asia y el Pacífico, de US \$ 186 millones invertidos en actividades de prevención por los 15 países que presentaron informes, sólo el 36 por ciento de esta cantidad se dirige hacia gays y hombres que tienen sexo con otros hombres, usuarios de drogas inyectables, personas trans y trabajadoras sexuales.⁸⁰ Este es el caso, a pesar de la evidencia de que las epidemias se concentran en estas poblaciones⁸¹. Actualmente, los donantes externos proporcionan la mayor parte de los recursos para las poblaciones clave. En 2014, 67 países informaron

⁷⁶ *Consideraciones de política para la Financiación de los derechos en salud sexual y reproductiva en la era post-2015, Grupo de Trabajo de Alto Nivel (HLTF) para la CIPD de febrero de 2015.*

⁷⁷ *Ibíd.*

⁷⁸ *Ibíd.*

⁷⁹ *Ibíd.*, paginas 3-10. Las recomendaciones incluyen: el desarrollo de los planes nacionales de acción para la financiación DSSR; mejorar el seguimiento de los flujos de recursos financieros para la DSSR; reducir la fragmentación de los flujos de financiación de los donantes; mejorar el uso eficiente de los recursos disponibles; aumentar la movilización de los ingresos públicos nacionales para la salud incluyendo DSSR (considerar varios regímenes fiscales); eliminar las barreras financieras para acceder a la DSSR; movilizar nuevas fuentes de financiación innovadoras; regular la financiación del sector privado para la prestación de servicios de salud sexual y reproductiva, y fortalecer la supervisión y la rendición de cuentas de los compromisos financieros a DSSR.

⁸⁰ *Reporte GAP, ONUSIDA, 2014, p. 75.*

⁸¹ *Estrategia de ONUSIDA 2016 – 2021, op. cit., p88-89*

que los aportes de los donantes internacionales se centraron únicamente en la financiación de programas para los hombres que tienen sexo con otros hombres.⁸² No hay ninguna garantía de que los gobiernos sigan con dichos programas después de que la financiación externa cese. También parece ser insuficiente la atención para la planificación eficiente de futuras transiciones en la financiación.⁸³ por otra parte, sólo alrededor del uno por ciento de los recursos mundiales actuales son destinados para el VIH, la movilización de la comunidad y el fortalecimiento de los sistemas comunitarios. ONUSIDA estima que este tendrá que aumentar a un cuatro por ciento si las metas y objetivos de prevención y tratamiento del VIH se quieren alcanzar para el año 2030.⁸⁴

69. A medida que avanzan las economías, la marcha hacia el estatus de "ingresos medios" de muchos países se traducirá en la reducción de la AOD, y restricciones adicionales sobre el financiamiento para el desarrollo. Esto se traduce en mayores niveles de falta de presupuesto para la salud. En América Latina y el Caribe, desde el 2010-2013, cerca del 70 por ciento de los costos de salud son pagados por los pacientes en comparación con el 45 por ciento del resto del mundo.⁸⁵ Los elevados costos sanitarios y la gran proporción que tiene que ser pagado por el bolsillo de los pacientes, puede dejar atrás a los pobres, y ponerlos sobre umbral de la pobreza dentro de la pobreza. Un ligero aumento en el ingreso nacional tardaría años para transformar los nuevos ingresos en gastos de salud.⁸⁶ es necesaria una redefinición en la clasificación para proteger la salud pública que se ve afectada cuando algunos países tienen el status de "medianos ingresos".⁸⁷
70. El impacto de las medidas de austeridad en muchos países con crisis financieras conduce a un mayor gasto fuera de su bolsillo y cargas adicionales:

"... Los países que están viviendo bajo las medidas de austeridad como Grecia, España y Portugal están imponiendo cuotas para los tratamientos. La salud en Portugal era universal y gratuita (para los que tenían enfermedades crónicas y de bajos ingresos). Hoy en día ha cambiado, imponiendo más vulnerabilidades a los más vulnerables ... "

Mujer que vive con el VIH activista, SERES, Portugal

71. ONUSIDA y el informe de la Comisión Lancet y el informe de las "Acciones rápidas" de ONUSIDA", ambos hicieron un llamado al aumento gradual de los esfuerzos más eficientes frente al SIDA, y señaló que los próximos cinco años (2016-2020) representan oportunidad para las "acciones rápidas" frente al SIDA y para acabar con la epidemia, como un problema de salud pública para el año 2030; Al no hacerlo, de continuar con los esfuerzos actuales, aumentará el número de muertes y nuevas infecciones por el

⁸² *¿Cómo el SIDA cambió todo: 15 años, 15 lecciones de esperanza de la respuesta al sida con el ODM 6, ONUSIDA, 2015, p.192, ¿213?*

⁸³ *Ibid.*

⁸⁴ *Acciones rápidas: Poner fin a la epidemia de SIDA en 2030, ONUSIDA, 2014, p. 21.*

⁸⁵ *Cuestiones de dinero en los países de ingresos: La financiación de salud sexual y reproductiva en América Latina y el Caribe, la IPPF, 2015.*

⁸⁶ Países cuidados: subiendo por la escala de ingresos puede dañar seriamente su

salud.<http://www.msf.org/article/countries-beware-climbing-income-ladder-can-seriously-damage-your-health>.

⁸⁷ *La derrota del SIDA progreso en la salud global. Informe de la Comisión Lancet, 25 de junio de 2015.* [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)60658-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(15)60658-4). P. 24

VIH en 2020.⁸⁸ Una integración " inteligente " y " selectiva " de los servicios de VIH en los servicios generales de salud - más allá de las instalaciones habituales de salud reproductiva y salud materno-infantil - es propuesta por la Comisión, con la salvedad de que ningún enfoque a la integración funcionará en todos los contextos. La estrategia 2016-2021 de ONUSIDA, hace hincapié en la necesidad de invertir en los esfuerzos de integración de una serie de OD's. Estos incluyen la integración de los servicios de VIH con la SSR, MNC, infecciones de transmisión sexual y las enfermedades no transmisibles (ENT), así como con la tuberculosis, la hepatitis, la salud mental y otros problemas de salud, así como las adquisiciones. La estrategia también promueve la integración de la alimentación y nutrición con el VIH y los servicios de TB y TB, VIH y hepatitis con los servicios de reducción de daños para las personas que usan drogas.⁸⁹

72. Como se ha señalado, otros aspectos relacionados con los DSSR y el VIH en la agenda 2030, van más allá del alcance del sector de la salud; por lo tanto, se necesitan enfoques más multi-sectoriales para apoyar los DSSR. Esto incluye la educación sexual integral (sector de la Educación) y combatir la discriminación contra las poblaciones clave (sector de Ley y Justicia), por nombrar sólo unos pocos.⁹⁰

LOS VÍNCULOS ENTRE LOS DERECHOS Y SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA, , EL VIH, EL DESARROLLO Y LA POBREZA- CERRANDO EL CIRCULO

73. La sexualidad, el género y la economía están interconectados. La negación de los derechos sexuales puede contribuir a la pobreza y la desigualdad, no sólo en términos de ingresos, sino también la falta de opciones y oportunidades. Las personas con sexualidades no conformes pueden ser excluidos de la participación social y económica, o catalogadas en términos negativos. Las personas que no se ajustan a los estereotipos de género, las personas que viven con el VIH, divorciadas, viudas, mujeres solteras, trabajadoras sexuales, las personas LGBT, y otros pueden enfrentarse a la presión familiar, el acoso en las escuelas, la discriminación por los servicios de salud, el rechazo de los empleadores, y el estigma de las comunidades de las que dependen para tomar parte en las economías informales.⁹¹

74. En 2005, los ministros de salud africanos reconocieron que los países africanos no eran propensos a alcanzar los ODM sin mejoras significativas en los DSSR, lo cual es fundamental para abordar el 1 ODM sobre; la reducción de la pobreza. Ellos adoptaron el Marco de la Política Continental de los derechos en Salud Sexual y Reproductiva, también conocido como el " Plan de Acción de Maputo. " ⁹² Esto fue aprobado por los Jefes de Estado de la Unión Africana en enero de 2006.

⁸⁸ *Ibíd.*

⁸⁹ Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA, óp. cit., P. 80

⁹⁰ Véase el párrafo 23 supra

⁹¹ *La pobreza y la sexualidad: ¿Cuáles son las conexiones?*

<http://www.globalequality.org/storage/documents/pdf/sida%20study%20of%20poverty%20and%20sexuality.pdf..>

⁹² *Plan de Acción de Maputo para la puesta en práctica del marco político continental para la salud sexual y reproductiva y derechos, 2007-2010, Comisión de la Unión Africana de 2006.*

75. Con " acabar con la pobreza en todas sus formas " como el primero de los ODS , existe un imperativo urgente para hacer frente a las principales preocupaciones de las poblaciones clave : (a) el estigma y la discriminación en el trabajo y la vida en comunidad que limita las opciones y elecciones; (b) la falta de acceso a la información y servicios de manera integral a los DSSR para las poblaciones clave y personas que viven con el VIH; y, (c) la penalización de la actividad sexual consensual entre adultos , la exposición al VIH, no divulgación y la transmisión, el uso de drogas y el comercio sexual y la falta de protección de la ley a las personas con diversidad sexual, y con inconformidades en su identidades y expresiones de género . todos estos son factores críticos que pueden afectar la vulnerabilidad individual y a la comunidad en todas las formas de pobreza, la mala salud, y el VIH y el SIDA. **y esta vez, si el desarrollo sostenible quiere lograrse, las poblaciones clave, las personas que viven con, y los más afectadas por el VIH, no se podrán dejar atrás una vez más.**

CONCLUSIONES

76. La salud y los derechos sexuales y reproductivos son derechos humanos, inextricablemente vinculados con el derecho al desarrollo y a los ODS en relación con la salud, el VIH, la igualdad de género y más allá.
77. El estigma sigue siendo un fuerte obstáculo para hacer frente a las necesidades y el cumplimiento de los derechos de las poblaciones clave. La discriminación basada en el sexo, edad, estado de salud, incluido el VIH, el estado civil, la identidad y expresión de género, la orientación sexual, la identidad étnica, la raza, el consumo de drogas, la migración o situación legal, comportamientos sexuales, estado de discapacidad, así como las normas y actitudes de todo lo que se considera localmente "adecuado", provoca una mayor marginación. la identificación con dos o más grupos de población clave crea múltiples capas de estigma y discriminación que son aún más difíciles de superar. La auto-exclusión y auto-estigma también necesitan ser abordados.
78. Los servicios existentes para la SSR y el VIH no están totalmente integrados y no cumplen con las necesidades de las poblaciones clave, incluyendo a las adolescentes y mujeres jóvenes, de una manera integral. El enfoque principal de los servicios de SSR permanece en la planificación familiar, los condones y HCM, considerando que las prioridades de SSR para las poblaciones clave (incluidos los jóvenes y adolescentes de las poblaciones clave) incluir la educación sexual integral, servicios orientados a los jóvenes, abortos seguros y atención post-aborto, la violencia de género servicios, PREP y PEP, servicios de cuidado de niños, y VMMC.
79. Otras prioridades para las poblaciones clave incluyen la mejora de los conocimientos, la agencia y el poder para tomar decisiones saludables relacionadas con los DSSR y el VIH, participación significativa y gozar de los beneficios completos de la agenda 2030 de desarrollo, a través de: la despenalización, la transformación de las normas de género y la eliminación de la violencia basada en el género, y ser tratados de manera justa y equitativa. Para las personas trans, el reconocimiento de la personalidad jurídica y el reconocimiento de las necesidades específicas de salud sexual y reproductiva son de suma importancia. La gama de barreras para el acceso universal a la prevención,

atención y tratamiento para todos los grupos de población clave deben ser abordados con urgencia. Otros problemas de salud emergentes y las preocupaciones relacionadas con las nuevas y emergentes opciones de prevención del VIH (PrEP, tratamiento, prevención), el uso de sustancias y comportamiento sexual temprana, como la vacunación contra el VPH y la detección del cáncer cervical, también necesitan ser abordados.

80. Otros grupos vulnerables, como los migrantes y las poblaciones móviles, personas con discapacidad y los pueblos indígenas que viven con el VIH, también tienen necesidades específicas de SSR, y con base en los derechos se necesitan intervenciones adecuadas. El envejecimiento de la población provoca el desarrollo de problemas de salud específicos - como los problemas de salud sexual y reproductiva - y éstas determinante para que las personas que viven con VIH vivan más tiempo.
81. Factores estructurales como la pobreza, la violencia basada en el género, la discriminación y el lugar de trabajo también deben ser abordados en general, así como de manera particular para las poblaciones clave y los más afectados por el VIH.
82. La ESI se descuida y es restringida cuando más se necesita; hay poca o ninguna inclusión de los derechos sexuales, la sexualidad y Orientación Sexual e Identidad de Género y sus Expresiones (OSIGE) en las discusiones. La ESI tiene que ser precisa, con base científica, inclusive, y debe tener en cuenta la evolución de los adolescentes y jóvenes y las personas de las poblaciones clave, y que sea relevante para ellos.
83. Las OSC y redes, juegan un papel importante en la creación de un entorno propicio y en la defensa de las poblaciones clave y el compromiso significativo de responder eficazmente a las necesidades de dichas comunidades.
84. Financiación para la respuesta al VIH, si continúa con la tendencia actual, será insuficiente para alcanzar los ODS; tiene que ser "acción rápida". Las Recomendaciones de financiación del Equipo de Tareas de la CIPD para la SSR deben ser implementadas. Los fondos para habilitadores críticos, tales como el derecho y la reforma de políticas, de conformidad con las recomendaciones de la Comisión Global sobre VIH y Derecho, necesita ser implementados, así como sostenidos.

RECOMENDACIONES

Con base en las conclusiones del Informe de las ONG's de 2015, se solicita a la Junta Coordinadora del Programa de ONUSIDA:

85. *Recordar las resoluciones de la Asamblea General de las Naciones Unidas, en particular la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (Agenda 2030)⁹³ que se comprometen a promover y proteger el rango completo de Derechos humanos, incluyendo los derechos esenciales para el alcance de la salud sexual y reproductiva: asegurar el trato no discriminatorio para personas viviendo con VIH, poblaciones clave tales como trabajadores y trabajadoras sexuales, hombres gays y otros hombres que tienen sexo con hombres, personas transgénero y personas que se inyectan drogas; y aquellos más afectados por el VIH, incluyendo mujeres y niñas en toda su diversidad, adolescentes y jóvenes, migrantes, personas privadas de libertad, personas con discapacidad y personas indígenas; también *recordar* la Estrategia de ONUSIDA 2016-2021 que insta al Programa Conjunto a satisfacer completamente las necesidades de salud y derechos sexuales y reproductivos para prevenir la infección por VIH⁹⁴; Afirman el derecho al desarrollo como un derecho universal e inalienable para toda personas y todos los pueblos; y hacen énfasis en la necesidad para implementar la Declaración sobre el Derecho al Desarrollo. ;*
86. *Instar a los Estados miembros a reconocer los vínculos inextricables entre los derechos en salud sexual y reproductiva, el VIH y el SIDA, el derecho al más alto nivel posible de salud, y el derecho al desarrollo para las poblaciones clave y los más afectados por el VIH, incluidas las mujeres y las niñas en toda su diversidad;*
87. *Pedir a los Estados miembros que apoyen el derecho al nivel más alto posible de salud sexual y reproductiva para las poblaciones clave y los más afectados por el VIH, incluidas las mujeres jóvenes y las adolescentes, a través de i) garantizar el acceso a la educación sexual integral no discriminatoria , y la calidad de los servicios integrados de salud sexual y reproductiva; ii) la prevención y el tratamiento de la violencia sexual basada en el género y en todas sus formas; iii) la eliminación de las leyes y políticas que son discriminatorias y / o crean barreras para acceder a la educación y los servicios para las poblaciones clave, incluidos los obstáculos relacionados con la edad; y, iv) instituir leyes y políticas que incluyen la protección de los derechos basados en la orientación sexual y la identidad de género y sus expresiones;*
88. *Solicitar al Programa Conjunto, especialmente al Banco Mundial, en amplia consulta con la sociedad civil, para producir un Informe de análisis de costos para i) evaluar los impactos de no reconocimiento y la no inclusión de las poblaciones clave y los más afectados por el VIH en los derechos de salud sexual y reproductiva en el contexto del derecho al desarrollo, en particular en relación a la pobreza; y ii) estimar los *beneficios* de abordar los derechos en salud sexual y reproductiva de las poblaciones clave y los más afectados por el VIH en el contexto del derecho al desarrollo.*
89. *Instar a ONUSIDA y otros socios a aumentar los fondos existentes y proporcionar asistencia técnica para fortalecer la sociedad civil y la capacidad a nivel comunitario, en línea con el llamado que hace el Informe de Acción Rápida de ONUSIDA (2014),⁹⁵ el*

⁹³ *Transformando nuestro mundo: la Agenda 2030 para el desarrollo sostenible..*

<https://sustainabledevelopment.un.org/post2015/transformingourworld>

⁹⁴ Resultados Clave, Areas 5 y 8. *En la Respuesta Acelerada para terminar con el SIDA: 2016-2021 Estrategia de ONUSIDA*, ONUSIDA, 2015.

⁹⁵ Las "Acciones rápidas": Poner fin a la epidemia de SIDA en 2030, ONUSIDA 2014, indica que los fondos existentes disponibles para las personas que viven con el VIH, redes de población clave y las comunidades deben ser ampliados del 1% al 4% con el fin de acabar con el SIDA en 2030.

informe de la Comisión Lancet (2015),⁹⁶ y la Estrategia 2016-2021 de ONUSIDA⁹⁷. Estos fondos deben ser asignados para:

- a. la labor de promoción del respeto, protección y cumplimiento de los derechos en salud sexual y reproductiva relacionados con el derecho al desarrollo de las poblaciones clave y los más afectados por el VIH, incluyendo la participación significativa en los foros políticos y programas de desarrollo;
- b. apoyo e impulso a las respuestas basadas en la comunidad que promueven y protegen los derechos en salud y reproductiva y dirigidas a la reivindicación y eliminación de las barreras en los derechos de salud sexual y reproductiva que enfrentan las poblaciones clave y los más afectados por el VIH, incluyendo la provisión de alfabetización de los derechos y el acceso a la asistencia jurídica; y
- c. la creación de capacidad para las poblaciones clave y los más afectados por el VIH a nivel mundial, regional y nacional, que incluye la construcción de plataformas para el intercambio de conocimientos y modelo de buenas prácticas entre las comunidades y la sociedad civil

SIGLAS

SIDA	Síndrome de Inmuno-Deficiencia Adquirida
------	--

⁹⁶ De acuerdo a vencer el SIDA - promoción de la salud global, The Lancet, vol. 386, N ° 9989 de 2015, la asistencia técnica debe: "reforzar y renovar el liderazgo y el compromiso de las personas que viven con el VIH, el fortalecimiento y la expansión de sus roles en la toma de decisiones en el diseño de políticas, implementación y evaluación, e invertir en el activismo como mundial Bien público; promover un gobierno más incluyente, coherente y responsable del SIDA y la salud; y establecer una de múltiples partes interesadas, la plataforma multisectorial para abordar los determinantes de la salud".

⁹⁷ *En la vía rápida para acabar con el SIDA, 2016-2021 Estrategia, ONUSIDA 2015, ver pp 48-49; la Estrategia describe la participación de la sociedad civil como un "bien público global, [que] requiere espacio legal y social, así como los recursos financieros [...] para asegurar su eficacia." (p.49), y se identifica como una acción para reforzar el núcleo asociación mundial para el desarrollo sostenible "aumentar las inversiones y el apoyo a grupos de la sociedad civil y de la comunidad para mejorar y mantener sus funciones esenciales en la prestación de servicios, promoción de los derechos humanos, la promoción y la rendición de cuentas" (p.73)*

TAR	Terapia Antirretroviral
ASEAN	Asociación de Naciones del Sudeste Asiático
CEDCM	Convención para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
CDÑ	Convención de los Derechos del Niño
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
ESI	Educación Sexual Integral
OSC	Organización de la Sociedad Civil
RESC	Red Europea de Reducción de Daños
VBG	Violencia Basada en el Género
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
ETAN	Equipo de Tareas de Alto Nivel
CIPD	Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo
FIP	Federación Internacional de Planificación
PI	Pueblos indígenas / indígena
LGBT	Lesbiana, Gay, Bisexual y Transgénero
SMI	Salud Materno-Infantil
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
HSH	Hombres que tienen Sexo con otros Hombres
SNS	servicio Nacional de Salud
ONG	Organización no gubernamental
AOD	Ayuda Oficial al Desarrollo
GTA	Grupo de Trabajo abierto
JCP	Junta Coordinadora del Programa
PPE	Profilaxis post-exposición
PPreE	Profilaxis pre-exposición
PTMH	Prevención de la transmisión de madre a hijo
PVVIH	Las personas (persona) que viven con el VIH
ITR	Infecciones del tracto reproductivo
SERES	Seres de Como Vivir con VIH (una ONG en Portugal)
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OSIGE	Orientación Sexual e Identidad de Género y Expresión
SSR	Salud sexual y reproductiva
DSSR	Derechos en Salud Sexual y Reproductiva
ETS	Enfermedades de Transmisión Sexual
ITS	Infecciones de Transmisión Sexual
TcP	El Tratamiento como Prevención
Tb	Tuberculosis
NU	Naciones Unidas

ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH / SIDA
FPNU	Fondo de Población de las Naciones Unidas
AGNU	Asamblea General de las Naciones Unidas
EUA	Estados Unidos de América
CMMV	La circuncisión masculina médica y voluntaria
OMS	Organización Mundial de la Salud

LISTA DE ANEXOS

1. Lista de participantes y organizaciones en las consultas
2. Los informantes clave, revisores y expertos de la sociedad civil
3. Objetivos de Desarrollo Sostenible, Post-2015
4. Marco para la Integración de la SSR y el VIH.
5. Estudio de caso: ONG de redes y promoción: La Red de Reducción de Daños de Eurasia (RRDE)

1. Lista de participantes y organizaciones en las consultas

No.	REGION/PAIS	NOMBRE
Asia y el pacifico		
1	Bangladesh	Farzhana, HARC
2	Bangladesh	Joti Akter, HARC
3	Bangladesh	Minu, HARC
4	Bangladesh	Ms. Riya, HARC
5	Bangladesh	Rohima Begum, HARC
6	Bangladesh	Sultana, HARC
7	China	Neil
8	China	Z.N., YouthLead
9	Fiji	Samuela Rabuku, MENFiji
10	India	Poloumi
11	Myanmar	Aye Aye Khaing, AMA
12	Myanmar	Kay Zin, AMA
13	Myanmar	May Thu Tun, AMA
14	Myanmar	Moe Moe, AMA
15	Myanmar	Myat Su, AMA
16	Myanmar	Tazin, AMA
17	Myanmar	That Htar Swe, AMA
18	Pakistán	'KC', Parwaz Sociedad de salud masculina
19	Filipinas	Harold
Latinoamérica y el Caribe		

20	Argentina	Rodrigo
21	Brasil	Enrique Martins
22	Brasil	Oseias Cerqueira
23	Jamaica	Anon
24	México	Raúl Montes
25	Paraguay	Lucas
África		
26	Liberia	Naso
27	Liberia	Sail
28	Mozambique	Lydia
29	Nigeria	Balo
30	Nigeria	Bibiana
31	Nigeria	Bolu
32	Nigeria	Funmi
33	Nigeria	KCC
34	Nigeria	Laitan
35	Nigeria	Loveth
36	Nigeria	Morili
37	Nigeria	Sade
38	Nigeria	Sarah
39	Ruanda	Nadege
40	South África	Thembi
41	Zimbabue	Berlita
42	Zimbabue	Mollyn
43	Zimbabue	Primrose
Europa		
44	Bélgica	Grace
45	Bélgica	Yvette
46	Italia	Mario
47	Portugal	Anon
48	Portugal	Anselmo
49	Portugal	María
50	Rusia	A.E.
51	Rusia	Catherine
52	Rusia	Marina
53	Rusia	Olga
54	Rusia	Svetlana
55	Tayikistán	Alyona
56	UK	Anon
57	UK	Betty
58	UK	Lucy
59	UK	Winnie
60	Ucrania	Shakhnoza
Norteamérica		
61	Estados unidos	Ari

62	Estados unidos	GM
63	Estados unidos	Ms. Housing Works
64	Estados unidos	JF
65	Estados unidos	LVH
66	Estados unidos	Nina
67	Estados unidos	Reesii
68	Estados unidos	Stacy
69	Estados unidos	TM

2. Los informantes clave, revisores y expertos de la sociedad civil

No.	NOMBRE/ORGANIZACION
1	Nukshinaro Ao, Asian Network of People Who Use Drugs (ANPUD), India
2	Mabel Bianco, Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM), Argentina
3	Jennifer Bushee, Global Network of People Living with HIV (GNP+), The Netherlands
4	Eurasian Harm Reduction Network (EHRN), Ukraine
5	Greg Gray, International HIV/AIDS Alliance Link-Up Project, Myanmar
6	Marielle Hart, Stop AIDS Alliance, USA
7	Cornelia Jervis, Global Network of People Living with HIV (GNP+), The Netherlands
8	Musah Lumumba, Uganda Youth Coalition on Adolescent Sexual Reproductive Health Rights and HIV/AIDS (CYSRA-Uganda), Uganda
9	Alessandra Nilo, Gestos, Brasil
10	Luisa Orza, ATHENA, UK
11	Marama Pala, International Indigenous Working Group on HIV/AIDS, New Zealand
12	Arushi Singh, India
13	Maria Sundin, International Reference Group on Trans* and Gender Variant and HIV/AIDS issues, Sweden
14	Jennifer Vanyur, Planned Parenthood Federation of America, USA

3. Objetivos de Desarrollo Sostenible Post-2015

Objetivos de Desarrollo Sostenible Post-2015⁹⁸
Objetivo 1. Fin de la pobreza en todas sus formas en todas partes
Objetivo 2. acabar con el hambre, lograr la seguridad alimentaria y una mejor nutrición y promover la agricultura sostenible
Objetivo 3. Asegurar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades
Objetivo 4. Garantizar una educación de calidad y equitativa y promover las oportunidades de aprendizaje permanente para todos

⁹⁸ Informe de síntesis, óp. cit, p.14.; Open Grupo de Trabajo Propuesta de Objetivos de Desarrollo Sostenible, <http://undocs.org/A/68/970>

Objetivo 5. Lograr la igualdad de género y la autonomía de todas las mujeres y niñas

Objetivo 6. Asegurar la disponibilidad y la gestión sostenible del agua y el saneamiento para todos

Objetivo 7. Garantizar el acceso a una energía asequible, fiable, sostenible y moderna para todos

Objetivo 8. Promover la sostenibilidad, el crecimiento inclusivo y la economía sostenible, el empleo pleno y productivo y el trabajo decente para todos

Objetivo 9. Construir infraestructura flexible, promover la industrialización inclusiva y sostenible y fomentar la innovación

Objetivo 10. Reducir la desigualdad dentro y entre países

Meta 11. Convertir las ciudades y los asentamientos humanos incluyentes, seguras, resistentes y sostenibles

Objetivo 12. Asegurar los patrones de consumo y producción sostenibles

Meta 13. Tomar medidas urgentes para combatir el cambio climático y sus impactos *

Meta 14. Conservar y utilizar de manera sostenible los océanos, los mares y los recursos marinos para el desarrollo sostenible

Meta 15. proteger, restaurar y promover el uso sostenible de los ecosistemas terrestres, la gestión sustentable de los bosques, la lucha contra la desertificación, y detener y revertir la degradación de la tierra y detener la pérdida de biodiversidad

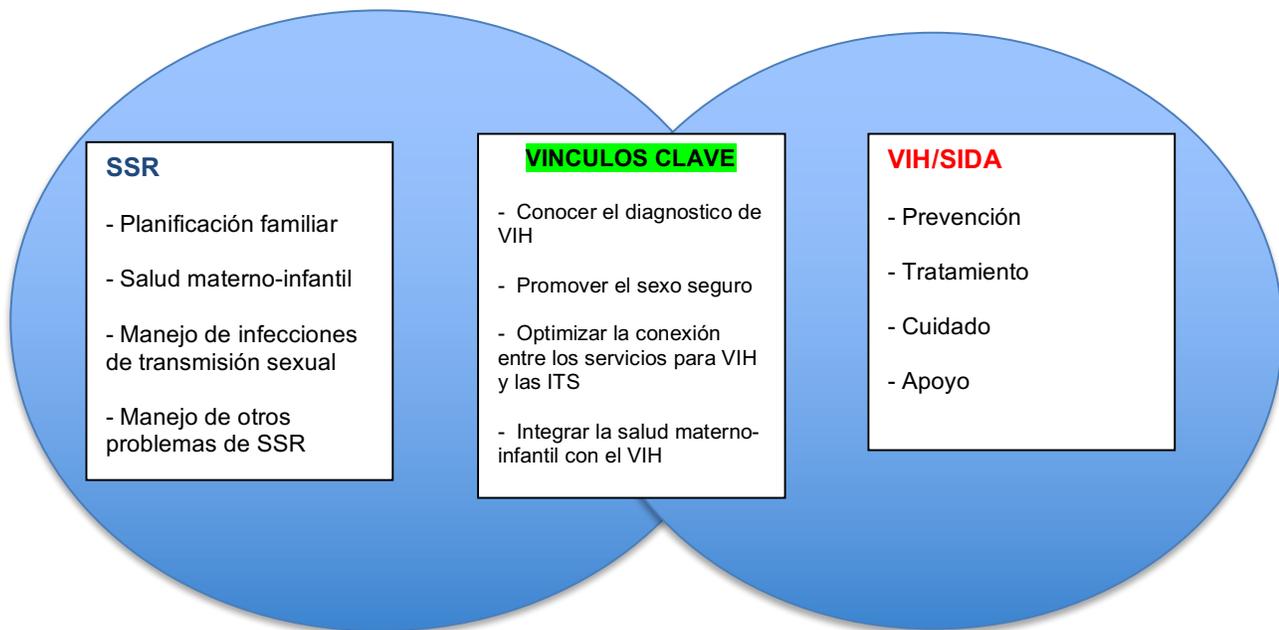
Objetivo 16. Promover sociedades pacíficas e inclusivas para el desarrollo sostenible, proporcionar acceso a la justicia para todos y construir instituciones eficaces, responsables e inclusivas en todos los niveles

Objetivo 17. Fortalecer los medios de aplicación y revitalizar la alianza mundial para el desarrollo sostenible

* Reconociendo que en el Marco de la Convención de las Naciones Unidas sobre el Cambio Climático es el principal foro intergubernamental para la negociación de la respuesta global al cambio climático.

4. Marco de integración y vinculación entre SSR y VIH

SSR y VIH / SIDA: Un marco para establecer vínculos prioritarios. La OMS, el UNFPA, IPPF, ONUSIDA (2005)



5. Estudio de caso: ONG de redes y promoción: La Red de Reducción de Daños de Eurasia (EHRN)

La colaboración conjunta y entre los países y las redes regionales de reducción de daños: Georgia y la Red de Reducción de Daños de Eurasia (EHRN)

En 2014, la Red de Reducción de Daños de Georgia y la EHRN presentaron conjuntamente un informe a la 58^a reunión del Comité de la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer (CEDAW), y al cuerpo global de la ONU que supervisa la aplicación de la Convención. EHRN inició el proceso, tiene la red nacional a bordo, y construyó su capacidad para participar con la ONU y aprender acerca cómo la ONU incide. Trabajando con los expertos, la realización de reuniones de información en las distintas etapas del proceso y la colaboración con otras entidades nacionales, regionales y globales. Como resultado, el comité de la CEDAW consideró la presentación conjunta y recomendó específicamente al Estado hacer parte de lo siguiente:

1. Asegurar el acceso de las adolescentes y mujeres jóvenes a los servicios sexuales de SSR mediante la eliminación de los prejuicios, la formación de personal médico y la mejora de las instalaciones de salud obstétricas;
 2. Llevar a cabo más investigaciones sobre las mujeres que usan drogas, incluidas las mujeres embarazadas;
 3. Proporcionar servicios de tratamiento basada en la evidencia en cuenta el género y reducir los efectos nocivos para las mujeres que usan drogas, incluidos los retenidos.
- Como resultado de ello, el Ministerio de Salud en Georgia está intensificando sus esfuerzos y desarrollar directrices para el tratamiento de las mujeres embarazadas que consumen drogas.

[Fin del documento]