



# Asamblea General

Distr. general  
2 de febrero de 2018  
Español  
Original: inglés

## Consejo de Derechos Humanos

37º período de sesiones

26 de febrero a 23 de marzo de 2018

Tema 5 de la agenda

Órganos y mecanismos de derechos humanos

## Foro Social de 2017\*

### Informe de los Copresidentes-Relatores

#### *Resumen*

De conformidad con la resolución 32/27 del Consejo de Derechos Humanos, el Foro Social se celebró en Ginebra del 2 al 4 de octubre de 2017. Los participantes examinaron la promoción y la protección de los derechos humanos en el contexto de la epidemia del VIH y otras enfermedades transmisibles y epidemias. En el presente informe se resumen los debates, las conclusiones y las recomendaciones del Foro.

\* El anexo del presente informe se publica únicamente en el idioma en que se presentó.



## Índice

	<i>Página</i>
I. Introducción .....	3
II. Apertura del Foro Social .....	3
III. Resumen de las deliberaciones.....	4
A. Oradores principales y declaraciones generales.....	4
B. Sentando las bases: adoptar una perspectiva de derechos humanos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible.....	6
C. Que nadie quede atrás: la discriminación y la realización del derecho a la salud.....	7
D. Función de la sociedad civil en el contexto de las epidemias .....	9
E. El liderazgo de las comunidades en los programas de salud.....	10
F. Los profesionales sanitarios de primera línea .....	12
G. Creación de sinergias en pro de la salud: lograr la participación de una diversidad de actores .....	13
H. Cooperación internacional para las respuestas a nivel mundial y para la ejecución a nivel nacional.....	15
I. El acceso a los medicamentos, el diagnóstico, las vacunas y el tratamiento en el contexto del derecho a la salud.....	16
J. El camino a seguir .....	18
IV. Conclusiones y recomendaciones.....	19
A. Conclusiones.....	19
B. Recomendaciones .....	21
Anexo	
List of participants.....	23

## I. Introducción

1. El Consejo de Derechos Humanos, en su resolución 32/27, reafirmó que el Foro Social era un espacio único para el diálogo interactivo entre los mecanismos de derechos humanos de las Naciones Unidas y los distintos interesados, incluida la sociedad civil y las organizaciones de base<sup>1</sup>.
2. El Foro Social de 2017 se celebró en Ginebra del 2 al 4 de octubre. Se centró en la promoción y la protección de los derechos humanos en el contexto de la epidemia del VIH y otras enfermedades transmisibles y epidemias. El Presidente del Consejo nombró Copresidentes-Relatores del Foro a la Sra. Maria Nazareth Farani Azevêdo, Embajadora y Representante Permanente del Brasil ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra, y al Sr. Yury Ambrazevich, Embajador y Representante Permanente de Belarús ante la Oficina de las Naciones Unidas en Ginebra.
3. El programa de trabajo se elaboró bajo la orientación de los Copresidentes-Relatores, con aportaciones de los interesados pertinentes, incluidos organismos de las Naciones Unidas y organizaciones no gubernamentales (ONG). En el presente informe se resumen los debates, las conclusiones y las recomendaciones del Foro. La lista de participantes figura en el anexo.

## II. Apertura del Foro Social<sup>2</sup>

4. Los Copresidentes-Relatores del Foro Social declararon abierta la sesión. La Sra. Farani Azevêdo subrayó que para dar respuestas sostenibles a largo plazo a futuras epidemias era esencial fortalecer los sistemas de salud y promover la cobertura sanitaria universal. Para ser efectivas, esas respuestas no solo debían contar con apoyo técnico y financiero sino también tener una perspectiva de derechos humanos firmemente arraigada. La realización del derecho a la salud suponía asegurar la igualdad de acceso a los medicamentos y a los servicios de atención y afrontar los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud. La pobreza, la falta de saneamiento, la contaminación atmosférica, el agua insalubre y la eliminación y gestión de residuos inadecuada perpetuaban la propagación de las enfermedades infecciosas y transmitidas por vectores y facilitaban la aparición de epidemias. La discriminación resultante de prácticas sociales perniciosas o de normas jurídicas restrictivas era un obstáculo importante para el derecho a la salud. Esos desafíos exigían un enfoque multisectorial. La interdependencia entre los derechos humanos y los marcos de desarrollo fue reafirmada en la Agenda 2030. El programa de 2017 del Foro Social tenía por objeto tender puentes entre los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las obligaciones y normas de derechos humanos.
5. El Sr. Ambrazevich declaró que la promoción y la protección de los derechos humanos en el contexto de la epidemia del sida y otras enfermedades transmisibles y epidemias estaban directamente relacionadas con los complejos desafíos que presentaba la tarea de encontrar los medios más eficaces para luchar contra esas enfermedades. Cada Estado debía emprender análisis minuciosos de los sistemas y mecanismos tendentes a establecer un equilibrio entre los intereses de todos los que intervenían en la cuestión, particularmente en vista de la aparición de nuevos desafíos. Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible relativos a la salud debían hacerse progresos globales en relación con los derechos económicos, sociales y culturales. Ello también requería un diálogo nacional entre todas las partes interesadas, así como una gobernanza eficaz orientada a la acción, un espacio de políticas apropiado, cooperación internacional, mecanismos de asistencia y alianzas a nivel nacional e internacional.

<sup>1</sup> Para más información sobre el Foro Social, véase [www.ohchr.org/EN/issues/poverty/sforum/pages/sforumindex.aspx](http://www.ohchr.org/EN/issues/poverty/sforum/pages/sforumindex.aspx).

<sup>2</sup> Los textos completos de las declaraciones y las presentaciones que se facilitaron a la Secretaría pueden consultarse en: [www.ohchr.org/EN/Issues/Poverty/SForum/Pages/SForum2017Statements.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Poverty/SForum/Pages/SForum2017Statements.aspx).

6. El Vicepresidente del Consejo de Derechos Humanos, Mouayed Saleh, se refirió a las resoluciones aprobadas por el Consejo sobre cuestiones relacionadas con la salud física y mental, y al hecho de que la salud era un elemento importante de la Agenda 2030. Los brotes recientes de la enfermedad del Zika, el cólera y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) habían puesto de manifiesto que para abordar de manera integral los desafíos de salud pública se requerían medidas sociales más amplias, entre ellas la lucha contra los estigmas y la discriminación. Las epidemias también habían dejado bien claro que el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental guardaba una relación simbiótica con otros derechos humanos. Mejorar la salud solo sería posible si se respetaban los demás derechos humanos.

7. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos dijo que los principios de derechos humanos de no discriminación, participación y rendición de cuentas eran esenciales para conseguir sistemas de salud más sostenibles, inclusivos y eficaces. Los recientes brotes de la enfermedad del ébola, del Zika y de cólera habían puesto de relieve la importancia que tenía una infraestructura básica para el ejercicio del derecho a la salud, la necesidad de hacer efectivo el derecho a servicios generales de salud sexual y reproductiva y la necesidad de una protección especial para las instalaciones sanitarias durante los conflictos armados. Abordar especialmente la salud de los adolescentes y prestar apoyo a los profesionales sanitarios en cuanto defensores de los derechos humanos hacía que las sociedades fueran más sostenibles. La Agenda 2030 brindaba una oportunidad para acelerar las actividades tendentes a integrar todos los derechos humanos, incluido el derecho al desarrollo, y las consideraciones de salud pública en las políticas de todos los niveles.

### **III. Resumen de las deliberaciones**

#### **A. Oradores principales y declaraciones generales**

8. El Director Ejecutivo del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), Michel Sidibé, recordó que casi 40 años antes del establecimiento del Foro Social las personas que vivían con el VIH habían desafiado la indiferencia y habían creado, promovido y liderado un movimiento transformador que permitió pasar de un enfoque centrado en la enfermedad a uno centrado en las personas. Los activistas habían roto la “conspiración de silencio”, lo cual había ayudado a cambiar la trayectoria de la epidemia y a que el tratamiento fuera más asequible. Ese progreso en la respuesta al VIH había sido posible gracias a la adopción de un enfoque basado en los derechos humanos. Mientras que actualmente 20 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretroviral y las muertes relacionadas con el sida se habían reducido drásticamente, aún había millones de personas a la espera de recibir tratamiento. Además, la solidaridad y la responsabilidad compartida a nivel mundial se estaban poniendo en tela de juicio y el espacio de la sociedad civil se estaba reduciendo. El estigma y la discriminación desalentaban el acceso de las personas a los servicios de prevención, especialmente en los casos de las personas transgénero y gais y de los consumidores de drogas por inyección. Una agenda mundial transformadora, instrumentos científicos y médicos potentes, marcos de derechos humanos sólidos y vinculantes a nivel mundial y programas tendentes a promover la salud eran elementos que imponían una responsabilidad moral y jurídica de actuar.

9. El Director General de la Organización Mundial de la Salud (OMS), Tedros Adhanom Ghebreyesus, se refirió a la importancia de alcanzar la cobertura sanitaria universal para poder afrontar inminentes desafíos para la salud. La cobertura sanitaria universal mejoraba la salud de todas las personas, reducía la pobreza, creaba empleos, impulsaba un crecimiento económico inclusivo, promovía la igualdad de género y protegía a las personas contra las epidemias. No obstante, las barreras sociales impedían que muchas personas obtuvieran la atención que necesitaban, y representaban una discriminación contra los adolescentes, los refugiados, los trabajadores sexuales, los consumidores de drogas, los presidiarios, los pobres y las personas con una orientación sexual minoritaria. Se requerían sistemas sanitarios robustos que prestaran los servicios necesarios según lo que declaraban las propias personas, y no según las necesidades que decidían los encargados de prestar los

servicios. Las organizaciones de la sociedad civil, los grupos comunitarios, los Gobiernos, los organismos de las Naciones Unidas y las empresas comerciales debían colaborar para cumplir el mandato político de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de mejorar los resultados en materia de salud y transformar los sistemas sanitarios.

10. Loyce Maturu, oficial de promoción de AfricAid Zimbabwe, dio a conocer su experiencia como mujer joven que vivía con el VIH y la tuberculosis. Vivir con el VIH era difícil a causa del estigma que conllevaba, los obstáculos para acceder a la atención y la falta de confidencialidad en los centros de salud. Se requerían modelos de atención diferenciada con una base empírica y asegurar la existencia de generaciones no afectadas por el sida. Se necesitaría invertir en intervenciones lideradas por homólogos y en una educación integral sobre salud sexual y reproductiva. Los jóvenes que vivían con el VIH no solo necesitaban tratamiento sino también intervenciones que les prestaran apoyo y los motivaran para seguir el tratamiento y continuar gozando de salud. La victoria en la lucha contra el VIH solo podía lograrse creyendo en las voces de los grupos de población afectados y haciendo participar a estos como socios y en la adopción de decisiones.

11. El Director General de la Organización Mundial del Comercio (OMC), Roberto Azevêdo, describió las contribuciones de la OMC a la realización del derecho a la salud. La innovación era esencial para encontrar nuevos tratamientos a medida que evolucionaban las enfermedades, pero para beneficiar a las personas necesitadas de tratamiento se requería un acceso efectivo y equitativo a los medicamentos. El Acuerdo sobre los Aspectos de los Derechos de Propiedad Intelectual relacionados con el Comercio (Acuerdo sobre los ADPIC) contemplaba excepciones y limitaciones y debía aplicarse de forma que promoviera el bienestar social y económico. La Declaración de Doha de 2001 relativa al Acuerdo sobre los ADPIC y la Salud Pública había representado un hito importante en la mejora del acceso a los medicamentos. Había conducido a la modificación de las normas comerciales de la OMC de modo que pudieran producirse medicamentos genéricos con arreglo a licencias obligatorias para su exportación a los países con una capacidad de producción farmacéutica limitada o nula a fin de dar tratamiento a las poblaciones afectadas. La OMC también había adoptado medidas para reducir los costos y los plazos del envío internacional de medicamentos y para reducir los aranceles aplicados a los medicamentos. No podía haber ninguna misión más importante para la comunidad internacional que la de cooperar para hacer efectivo el derecho a la salud. La OMC, mediante su colaboración con otros actores, seguiría asegurando que el comercio apoyara la realización de ese derecho.

12. Tras escuchar las ponencias, intervinieron los representantes de Bahrein, Cabo Verde (en nombre de la Comunidad de Países de Lengua Portuguesa), Egipto, Filipinas, Ghana, México, Panamá, Portugal, la República Islámica del Irán, Sudáfrica, Association of World Citizens, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, el Foro Mundial sobre HSH y VIH, el Foro Social Mundial y Stop AIDS Alliance. Destacaron la necesidad de abordar los desafíos a que se enfrentaban grupos específicos como los niños, los adolescentes, las mujeres, los migrantes, los refugiados, las personas privadas de libertad, los trabajadores sexuales y las personas lesbianas, gays, bisexuales, transgénero e intersexuales. Entre esos desafíos figuraban la discriminación, la penalización de grupos vulnerables, la reducción del espacio de la sociedad civil, las barreras al acceso a los medicamentos y los precios inasequibles, y una falta de financiación para las políticas de salud y otras políticas relacionadas con los determinantes sociales de la salud. Superar esos desafíos era un empeño colectivo que debía basarse en los compromisos de la Agenda 2030. Las propuestas para hacer frente a esos desafíos incluían la implantación de sistemas universales de atención de la salud, la reunión de datos desglosados de forma respetuosa para las poblaciones clave, la inclusión y la participación de la sociedad civil y de los jóvenes en la formulación y la aplicación de políticas, el aumento de las inversiones en programas dirigidos por la comunidad y la despenalización del consumo de drogas y de conductas comunes entre los grupos de población afectados. Algunos oradores alentaron a los países a incluir las cuestiones de derechos humanos relacionadas con el VIH en sus informes y recomendaciones del examen periódico universal, sus informes a los órganos de tratados de derechos humanos y sus exámenes nacionales voluntarios sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible.

## **B. Sentando las bases: adoptar una perspectiva de derechos humanos para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible**

13. La Presidenta del Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Virginia Bras Gomes, dijo que si bien en principio las políticas, metas e indicadores que se habían adoptado para el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible conducirían a hacer efectivos los derechos, ello no dependía únicamente de las políticas. Lo que podía apoyar el cumplimiento de los Objetivos era el marco de derechos humanos. Si los Estados respetaban sus obligaciones relativas a la no discriminación y la igualdad se cumpliría el compromiso de la Agenda 2030 de no dejar a nadie atrás. La realización del derecho al acceso a la información y las campañas de educación podrían impedir la propagación de infecciones de transmisión sexual. El derecho a la salud exigía disponer de un número adecuado de centros de atención operativos y de los correspondientes servicios y productos, así como la promoción de los determinantes sociales de la buena salud, como la seguridad ambiental, el desarrollo económico y la equidad de género. Las metas e indicadores de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3, relativo a garantizar una vida sana, y 5, relativo a la igualdad de género, podrían contribuir a hacer efectivo el derecho a la salud de las personas afectadas por el sida y otras enfermedades.

14. Un diputado del Parlamento portugués, Ricardo Baptista Leite, recordó que la despenalización del consumo de drogas en Portugal en 2000 había contribuido no solo a reducir la delincuencia sino también a hacer disminuir el consumo de drogas y la prevalencia de enfermedades infecciosas, especialmente el VIH y la hepatitis vírica. Una resolución parlamentaria formulada por un grupo sobre el VIH integrado por todos los partidos, en colaboración con la sociedad civil, los profesionales sanitarios y las industrias de la salud, se había convertido en la columna vertebral de la política de salud relacionada con el VIH en Portugal. Con el mismo ánimo de consenso entre los interesados, Portugal había podido establecer una estrategia económicamente sostenible para la medicación de la hepatitis que aseguraba el acceso de todos los pacientes. La calidad de vida de las personas que vivían con el VIH debía ser un objetivo tan importante como las metas biomédicas relacionadas con el tratamiento. Los parlamentarios podían desempeñar un papel activo en la respuesta a las epidemias aprobando presupuestos nacionales, cambiando las políticas y tendiendo puentes entre la población y el Gobierno. El orador hizo un llamamiento a apoyar la labor de “Unite”, una red mundial de parlamentarios dedicada específicamente a la lucha contra el sida, la hepatitis y la tuberculosis.

15. El Vicepresidente de Helen Keller International, Joseph Amon, destacó que una supervisión rutinaria rigurosa era una forma de rendición de cuentas, que constituía un principio fundamental de los derechos humanos. Si bien los indicadores específicos y una presentación regular de informes eran un instrumento importante para promover el derecho a la salud para todos, los indicadores no siempre explicaban la historia completa. Las medias nacionales podían ocultar desigualdades significativas entre regiones y grupos de edad y dentro de las poblaciones en mayor situación de riesgo. Los datos también podían ser erróneos. Una auténtica rendición de cuentas requería tanto el desglose de los datos como la participación amplia de las comunidades para verificar lo que se exponía. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible exigían poner fin a la epidemia de enfermedades tropicales desatendidas, que afectaban principalmente a personas que vivían en la pobreza, en viviendas inadecuadas y sin unos servicios apropiados de agua y saneamiento. El éxito de los programas de salud se alcanzaba no solo gracias a los progresos científicos sino también mediante la promoción y la protección de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, a la educación, a la no discriminación, a no ser víctima de violencia, al acceso a la justicia, a la igualdad de género y a la participación. El sector sanitario tenía un papel importante que desempeñar, pero no podía afrontar por sí solo las vulneraciones de los derechos humanos ni los determinantes sociales de la vulnerabilidad.

16. Un representante del Foro Social Mundial, Armando de Negri, dijo que el Foro facilitaba el debate de distintas propuestas para una globalización inclusiva que fomentara el bienestar de las personas y una democracia radical basada en la justicia social. Había establecido un foro temático sobre los derechos sociales relacionados con la salud y la seguridad social, que tenía por objeto promover sistemas sanitarios basados en la

universalidad, la integridad y la igualdad de todos los derechos humanos, incluido el derecho al desarrollo. Se requería un nuevo equilibrio de poder a nivel internacional, que solo podría lograrse mediante correlaciones de poder en los Gobiernos nacionales, los parlamentos, el sistema judicial y los medios y que favoreciera la solidaridad y no una filosofía política individualista y fragmentada. Para invertir la concentración de riqueza, era necesario fortalecer la democracia y distribuir equitativamente el poder político. De otro modo, los Objetivos de Desarrollo Sostenible se verían superados por la dinámica de concentración de riqueza del capitalismo, lo cual impediría la realización de los derechos económicos y sociales y de una vida digna para todos.

17. Intervinieron en el diálogo interactivo los representantes del Brasil, Chile, el Ecuador, Portugal, el Foro Mundial sobre HSH y VIH, el Instituto para la Síntesis Planetaria y People's Health Movement. Los participantes consideraron que los Objetivos de Desarrollo Sostenible y los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, se reforzaban mutuamente, y recordaron la importancia que tenían la rendición de cuentas, la participación, la no discriminación y la solidaridad internacional para cumplir los Objetivos. Algunos oradores recordaron la importancia de desglosar los datos a la hora de presentar los informes y acogieron positivamente el indicador 3.3.1 de los Objetivos. Los participantes también reclamaron un enfoque basado en la participación de múltiples interesados para la aplicación de los Objetivos y para preservar y promover el espacio de la sociedad civil en relación con los programas de salud. Algunos oradores recomendaron enfoques preventivos en materia de salud que abordaran los determinantes sociales de la salud y mejores mecanismos de rendición de cuentas para luchar contra la discriminación en los sistemas sanitarios. Se preguntó a los ponentes acerca del significado y la operacionalización de la cobertura sanitaria universal (meta 3.8 de los Objetivos) desde una perspectiva de derechos humanos y acerca de las funciones de los diversos interesados, incluidos los parlamentarios y los órganos de tratados.

18. En su respuesta, el Sr. Baptista Leite reconoció la importancia de desglosar los datos, pero subrayó que la ausencia de datos no debía ser una excusa para la inacción de los Gobiernos. Afirmó que los datos relacionados con los Objetivos de Desarrollo Sostenible debían producirse a nivel local con destino a un registro central. Subrayó que la cobertura sanitaria universal podía conseguir mejores resultados de salud y una reducción de los costos al prevenir problemas de salud más graves. El Sr. de Negri reclamó una arquitectura institucional que permitiera la participación de los pacientes y de las poblaciones afectadas en las políticas sociales y en la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Declaró que los Objetivos eran objeto de una “batalla de ideas”, con conceptos como la cobertura sanitaria universal que todavía estaban abiertos a la interpretación, y que esto podía dejar atrás a muchas personas. La Sra. Bras Gomes subrayó la función de los datos desglosados para poner de relieve prácticas discriminatorias y asegurar que nadie quedara atrás ni económicamente ni con respecto a las políticas y los derechos. Los tratados de derechos humanos requerían que los planes nacionales de acción abarcaran la accesibilidad, la disponibilidad y la asequibilidad, particularmente en la aplicación del Objetivo 3. El Sr. Amon hizo hincapié en la necesidad de lograr un enfoque de las cuestiones de salud centrado en las personas y de una colaboración directa con las comunidades locales, de modo que se respetaran los derechos en el combate para acabar con todas las epidemias. Reclamó un fortalecimiento de la cooperación entre la sociedad civil y los Gobiernos.

### **C. Que nadie quede atrás: la discriminación y la realización del derecho a la salud**

19. La Directora Ejecutiva interina del Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria, Marijke Wijnrocks, dijo que el Fondo había declarado como objetivo estratégico incrementar las inversiones en programas para eliminar las barreras a los servicios de salud relacionadas con los derechos humanos. Los programas luchaban contra el estigma y la discriminación, informaban a las personas de sus derechos relacionados con la salud, proporcionaban apoyo jurídico, reducían los efectos de normas de género perjudiciales y la violencia por motivos de género, mejoraban las actitudes y las prácticas de los profesionales sanitarios y de la policía, y promovían leyes y normas de

protección de la salud. Un requisito impuesto por el Fondo era que todos los países incluyeran esos programas en sus propuestas de subvenciones. La sociedad civil, los Gobiernos, el sistema de las Naciones Unidas, otros socios técnicos y los donantes debían contribuir a promover programas más eficaces para eliminar las barreras a la salud relacionadas con los derechos humanos. La oradora esperaba que todos colaborasen en el tránsito de los principios de derechos humanos a programas de derechos humanos que apoyaran a las personas para que pudieran convertirse en agentes eficaces a la hora de determinar su propia salud y su propio bienestar.

20. La Presidenta del Comité sobre la protección de los derechos de las personas que viven con el VIH y las personas en situación de riesgo, vulnerables y afectadas por el VIH de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Soyata Maiga, describió las actividades de la Comisión para integrar las cuestiones del VIH y de la salud en su labor y en sus mandatos. Abordar esas cuestiones era decisivo, ya que África estaba particularmente afectada por el VIH y muchos países tenían leyes y políticas que representaban barreras para las respuestas eficaces al VIH. El Comité que presidía había sido establecido en 2010 con un mandato amplio que incluía emprender actividades de determinación de hechos sobre la situación de las personas que vivían con el VIH y personas en situación de riesgo y colaborar con los Estados, la sociedad civil y otros actores en las medidas necesarias para promover los derechos humanos en la respuesta al VIH. La Comisión tomaba medidas de protección de los derechos humanos de las personas que vivían con el VIH y personas en situación de riesgo recibiendo comunicaciones relativas a vulneraciones de los derechos humanos; haciendo llamamientos urgentes, recomendaciones generales y estudios temáticos; y aprobando resoluciones sobre la salud, el VIH y los derechos humanos. La oradora recomendó que todos los interesados incorporaran un enfoque basado en los derechos humanos en la elaboración y aplicación de los planes, políticas y programas de lucha contra el VIH.

21. Phylesha Brown-Acton, miembro del Comité Directivo Regional de Asia Pacific Transgender Network, presentó datos que ilustraban los desafíos y las barreras a que se enfrentaban las personas transgénero a la hora de acceder a formas de atención de la salud general o mental apropiadas para esas personas. Las mujeres transgénero tenían una probabilidad 49 veces mayor que la población general de verse afectadas por el VIH. Existía la necesidad de interpretaciones de la ley y la jurisprudencia en materia de derechos humanos positivas para las personas transgénero, de un firme compromiso para hacer cumplir las obligaciones internacionales y de un espacio para que se escucharan las voces de las personas transgénero. La falta de reconocimiento de una terminología específica propia para las identidades transgénero en las declaraciones, sistemas, mecanismos y procesos tenía como resultado que se hiciera referencia a esas personas de formas denigrantes y deshumanizadoras. Ignorar la terminología propia impedía aportar respuestas eficaces a nivel de los países y alcanzar metas de vía rápida. Por otra parte, la falta de datos sobre personas indígenas y transgénero hacía que estas fueran dejadas atrás.

22. Batbayar Ochirbat, representante de Zero TB Initiative, Ulaanbaatar, dijo que en Mongolia los enfermos de tuberculosis sufrían discriminación en el acceso a los medicamentos, el diagnóstico y el tratamiento. La poca disponibilidad, la baja calidad y los precios elevados de los medicamentos eran problemas importantes. El sector de la salud era uno de los más corruptos del país, lo cual menoscababa la credibilidad de los datos que producía y la calidad del tratamiento proporcionado. La lucha contra la corrupción, la insuficiencia de fondos y la falta de voluntad política y de compromiso eran desafíos acumulados a los que había que hacer frente para luchar con eficacia contra las enfermedades. Puesto que en los países del Sur la capacidad de los Gobiernos era escasa, las ONG debían estar a la vanguardia de la lucha contra la discriminación y de las iniciativas para luchar contra la tuberculosis y el VIH de una manera eficaz en función de su costo. En Mongolia las ONG habían logrado reducir los costos y mejorar la calidad de los medicamentos. El orador celebraba las relaciones de colaboración que la OMS y el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria habían establecido con las comunidades locales para detectar y combatir las prácticas discriminatorias contra los niños con tuberculosis.



23. Intervinieron en el diálogo interactivo los representantes de Panamá, Ucrania, Domino Foundation y la Federación Internacional de Asociaciones contra la Lepra. Entre las cuestiones que plantearon figuraban las vulneraciones del derecho a la salud de los consumidores de drogas, las minorías y las personas que vivían con el VIH en Crimea; la necesidad de acceder a servicios de salud de buena calidad para todos; la estrecha vinculación entre la salud mental, el VIH y las pautas de seguimiento de los tratamientos; las necesidades especiales de grupos específicos; la discriminación contra las personas afectadas por enfermedades tropicales desatendidas, incluida la lepra; y la importancia de no dejar atrás a los pueblos indígenas y los habitantes de comunidades rurales.

#### **D. Función de la sociedad civil en el contexto de las epidemias**

24. La Directora Ejecutiva de la Red Mundial de Personas que Viven con el VIH, Laurel Sprague, dijo que las personas que vivían con el VIH se hallaban en la intersección de una enfermedad y un prejuicio social. Se había formulado el principio de la mayor participación de las personas que vivían con el VIH y el sida o se veían afectadas por ellos, que había tenido como consecuencia el aumento de la representación de esas personas en diversos órganos de formulación de políticas a todos los niveles. Eliminar el sida requería un derecho real a la salud; el derecho a la no discriminación en el empleo y la educación para las personas que vivían con el VIH; poner fin a la violencia por motivo de género, a las normas y leyes discriminatorias en materia de género y a las detenciones arbitrarias a causa de la identidad lesbiana, gai, bisexual y transgénero, del consumo de drogas, del trabajo sexual o de la situación en lo relativo al VIH; y abordar la pobreza y otros determinantes sociales de la salud que hacían que algunas personas y comunidades fueran más vulnerables que otras al VIH. Eliminar el sida sin poner fin a los prejuicios y las jerarquías sociales sería un fracaso.

25. Kene Esom, asesor en iniciativas estratégicas del Consejo de Hombres Africanos en pro de la Salud y los Derechos Sexuales, recomendó que se superasen los compartimentos que seguían separando la labor de derechos humanos y la de salud pública tanto en los ministerios nacionales como en las organizaciones internacionales. La financiación de la labor comunitaria en materia de salud se dirigía o bien a intervenciones de salud pública o bien a intervenciones de derechos humanos, lo cual restringía la asignación de fondos a un ámbito u otro. Sin embargo, la distinción entre estos se difuminaba en el caso de muchas organizaciones que prestaban apoyo a grupos marginados afectados por enfermedades transmisibles. Otros desafíos eran la reducción del espacio en que actuaba la sociedad civil mediante represalias o normas restrictivas para las ONG, y la falta de respeto de las garantías procesales. Con frecuencia los profesionales sanitarios no tenían conocimiento de la labor del Consejo de Derechos Humanos dedicada a prevenir y prohibir las represalias, por lo que no se beneficiaban de ella. El estigma, la discriminación y la persecución también impedían la prestación de servicios sanitarios de calidad que no dejaran atrás a nadie.

26. La Directora Regional para América Latina y el Caribe del Centro de Derechos Reproductivos de Colombia, Catalina Martínez Coral, describió la forma en que en 2016 el brote de la enfermedad del Zika en América Latina había afectado de manera desproporcionada a las mujeres embarazadas, con un aumento del número de abortos y de niños nacidos con microcefalia. En muchos países se habían desatendido los derechos reproductivos y se había reaccionado recomendando el aplazamiento del embarazo. Esa recomendación era inviable en una región en que el 55% de los embarazos no estaban planificados, la disponibilidad de métodos anticonceptivos era limitada y la violencia sexual era generalizada. La región también contaba con leyes que sancionaban con penas muy duras la mayoría o la totalidad de casos de aborto. La oradora recomendó que los Estados reconocieran los derechos de las mujeres a tomar decisiones informadas sobre sus cuerpos y sobre la planificación de la familia, facilitaran el acceso a los anticonceptivos y al aborto en condiciones seguras, proporcionaran información actualizada sobre el virus a los profesionales sanitarios de las zonas rurales y prestaran servicios de salud materna gratuitos y de buena calidad. Recomendó también que las organizaciones internacionales siguieran

ejerciendo presión sobre los Estados para que adoptaran respuestas sistémicas basadas en los derechos humanos a las crisis de salud pública.

27. El representante del Brasil dio lectura a la declaración de la Directora del Departamento de infecciones de transmisión sexual, el VIH/SIDA y la hepatitis vírica del Ministerio de Salud del Brasil, Adele Benzaken, que explicaba la forma en que las políticas de salud, particularmente la gestión de la epidemia del VIH/SIDA, se habían democratizado, y subrayaba la importancia de la participación de la comunidad para generar estrategias eficaces de lucha contra las epidemias y realizar los derechos humanos.

28. Intervinieron en el diálogo interactivo los representantes de la República Islámica del Irán, la OMS, Association for Human Rights in Kurdistan of Iran-Geneva, el Foro Mundial sobre HSH y VIH, University College of Social Work at Geneva, Stop TB Partnership, el Grupo de Referencia Mundial del ONUSIDA sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos, el Foro Social Mundial y Zero TB Initiative, Ulaanbaatar. Los oradores se refirieron a los desafíos a que se enfrentaban grupos específicos, como los consumidores de drogas, las minorías étnicas y los adolescentes. La superposición de esas condiciones agravaba la marginación en el acceso a la salud. Los oradores se refirieron también a las dificultades que existían para acceder a medicamentos a causa de los costos elevados y a la reducción del espacio para la sociedad civil en países en que las epidemias eran generalizadas. Un participante subrayó la importancia de encontrar formas de asegurar que la economía abordara las necesidades sociales, incluso con el mantenimiento de sistemas universales de salud y asistencia social. Otro participante subrayó el efecto negativo de las medidas coercitivas y las sanciones unilaterales en el goce del derecho a la salud en los países afectados por esas medidas. Los participantes preguntaron por el papel de la sociedad civil en la reunión de datos desglosados sobre las enfermedades y la función de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH) en la promoción del derecho a la salud en el contexto de las enfermedades transmisibles. El representante del ACNUDH describió su cooperación permanente con el ONUSIDA, por ejemplo mediante publicaciones sobre el VIH y los derechos humanos dirigidas a distintos públicos lectores.

29. En su respuesta, la Sra. Sprague dijo que las poblaciones afectadas tenían que reclamar sus derechos a un tratamiento asequible y forjar alianzas para lograr un equilibrio de fuerzas con las empresas farmacéuticas. Instó al Consejo de Derechos Humanos a promover un marco que permitiera el acceso a un tratamiento asequible. También instó a los distintos interesados a que siguieran reclamando y apoyando un espacio para la sociedad civil. El Sr. Esom subrayó que los Objetivos de Desarrollo Sostenible eran una oportunidad para adoptar un enfoque basado en la intersección entre la salud y la creación de justicia social. Instó a los participantes a sumar energías y constituir comunidades que hicieran frente a una economía que sostenía las epidemias. Llamó la atención sobre los derechos humanos de los pueblos indígenas, las personas en prisión y los migrantes. La Sra. Martínez Coral instó a la realización progresiva del derecho al acceso a los medicamentos. Epidemias específicas habían brindado enseñanzas sobre la necesidad de respuestas amplias, diferenciadas e intersectoriales a los grandes desafíos de derechos humanos.

## **E. El liderazgo de las comunidades en los programas de salud**

30. La Directora de la Oficina de Enlace del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en Ginebra, Marilena Viviani, dijo que los adolescentes constituían el único grupo de edad en el que no disminuían las muertes causadas por el sida. Los adolescentes necesitaban prevención mediante pruebas periódicas del VIH de fácil acceso, preservativos, una extensa educación sexual y servicios de protección y bienestar social de buena calidad dirigidos a ellos. Sin embargo, el estigma, la discriminación, el temor y la ignorancia menoscababan el éxito de esas medidas. Se requerían nuevos enfoques basados en los derechos del niño. La libertad de expresión de los niños incluía la libertad de solicitar y recibir información o ideas, de forma que se protegiera el derecho a la libre determinación. Las organizaciones de base comunitaria eran las fuentes más eficaces y fiables de información para los jóvenes. Por consiguiente, el UNICEF había establecido

alianzas con las comunidades, como se ponía de manifiesto en sus transferencias de efectivo en países del África subsahariana como Malawi y Tanzania, y su prestación de servicios de salud en el este de Ucrania.

31. El Secretario General de la Asociación de Mineros Migrantes de Swazilandia, Vama Jele, explicó cómo muchos mineros migrantes eran contratados cuando estaban sanos y se les despedía cuando habían contraído la tuberculosis, la silicosis o el VIH. Entonces regresaban a sus hogares y fallecían o bien propagaban enfermedades en sus comunidades de manera que se agravaban la pobreza y la vulnerabilidad. La compensación insuficiente por las enfermedades ocupacionales de los mineros ponía de manifiesto varias vulneraciones de los derechos humanos, pero muchos trabajadores eran analfabetos, por lo que desconocían sus derechos. La Agenda 2030 brindaba una oportunidad de actuar fuera de los compartimentos habituales para integrar el derecho a la salud a todos los niveles en beneficio de los mineros migrantes vulnerables y sus familias. El orador recomendó que se abordaran los desafíos a que se enfrentaba ese grupo, incluso mediante el fomento de la capacidad de los sindicatos y las asociaciones dedicadas a la salud ocupacional, la prevención de las enfermedades y la reunión de datos desglosados, la promoción de mejores leyes y prácticas laborales y la denuncia de los abusos y vulneraciones de los derechos humanos.

32. El Presidente de la Junta de la Red Internacional de Consumidores de Drogas, Brun González Aguilar, explicó que la prohibición legal y la penalización del consumo de drogas, sumadas a factores históricos y culturales, habían tenido consecuencias devastadoras para los consumidores de drogas, como la estigmatización, la discriminación y otras vulneraciones de los derechos humanos. Esto había hecho que los consumidores de drogas fueran más vulnerables a la contaminación con el VIH y la hepatitis C. Los derechos a la educación, la libertad de religión, la libertad de conciencia, la intimidad y la libre determinación se veían afectados por las políticas prevalecientes de lucha contra la droga. El orador recomendó que se adoptaran medidas de reducción de los daños, como desmentir conceptos estigmatizadores y buscar enfoques culturales y sociales más racionales, humanos y objetivos. Hizo suyo el llamamiento hecho en el período extraordinario de sesiones de la Asamblea General sobre las drogas (en la resolución S-30/1 de la Asamblea General) de promover y fortalecer la cooperación regional e internacional en la formulación y ejecución de iniciativas innovadoras y con visión de futuro relacionadas con el tratamiento. Agregó que menos del 11% de los consumidores de drogas necesitaban realmente tratamiento; la mayoría de personas que consumían drogas legales e ilegales en todo el mundo no eran consumidores problemáticos.

33. Intervinieron en el diálogo interactivo los representantes del ONUSIDA, la OMS, People's Health Movement, Porn4PrEP y el Foro Social Mundial. Los participantes destacaron la importancia de la educación sexual para los trabajadores sexuales y los actores dedicados a la pornografía. También se refirieron a los desafíos que afrontaban los migrantes, los adolescentes, las mujeres, los consumidores de drogas, los mineros y las personas que vivían con el VIH y padecían otras enfermedades. Reclamaron que se reforzaran las políticas laborales y de protección social y de la infancia como estrategia para luchar contra las epidemias, teniendo presentes los problemas de escala y la interdependencia de los derechos.

34. En sus comentarios finales, el Sr. Jele dijo que cuando los mineros y sus familias, incluidas las mujeres, participaban en la programación, los programas de salud, sociales y laborales obtenían mejores resultados. El Sr. González dijo que las estrategias de reducción de los daños eran formuladas totalmente por las comunidades de consumidores de drogas, ya que pocas otras personas consideraban que valiera la pena ayudarles. Citó como buenas prácticas los programas de reducción de los daños y del riesgo ejecutados por homólogos en España. La Sra. Viviani destacó la importancia de colaborar para promover la educación y de realizar actividades de promoción entre los niños más marginados. Instó a que se fortalecieran e institucionalizaran los programas ejecutados a nivel de la comunidad.

## F. Los profesionales sanitarios de primera línea

35. Una representante del Comité Internacional de la Cruz Roja (CICR), Esperanza Martínez, explicó que en los conflictos armados los servicios y los profesionales sanitarios estaban especialmente protegidos por el derecho internacional humanitario y que, en todos los casos, estaban protegidos por el derecho de los derechos humanos. El aumento de los combates en medios urbanos amplificaba los efectos de los ataques indiscriminados. Los conflictos armados afectaban los determinantes sociales de la salud y los derechos al agua, el saneamiento, la alimentación y la salud. En los conflictos prolongados los sistemas de salud no podían responder a las crisis en los momentos en que las necesidades eran más agudas. El proyecto Asistencia de Salud en Peligro ponía de relieve las múltiples formas de violencia que padecían los profesionales sanitarios. El CICR proporcionaba directrices prácticas sobre los derechos y las responsabilidades del personal sanitario en las zonas de conflicto, incluso sobre el derecho a la intimidad y sobre la relación con personas armadas. Para alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible era necesario aplicar más medidas preventivas contra las vulneraciones de los derechos humanos y el derecho internacional humanitario.

36. El Representante Permanente de Tailandia, Sek Wannamethee, explicó que el suyo era el primer país de Asia que había eliminado la transmisión materno-infantil del VIH y la sífilis. Tailandia ofrecía gratuitamente las pruebas y el tratamiento del VIH a todas las personas, incluidos los trabajadores migrantes. Pese a esos logros, el estigma y la discriminación seguían constituyendo barreras a la hora de responder al VIH. La estrategia de lucha contra el sida en Tailandia incluía objetivos específicos para reducir la discriminación relacionada con el VIH. El Gobierno había adoptado un enfoque empírico para luchar contra la discriminación. Se había efectuado una encuesta para determinar el nivel de estigmatización y de discriminación en los centros de salud. Basándose en los resultados, el país luchaba contra la discriminación en los planos personal, de los centros de salud y de las comunidades mediante la capacitación participativa y activa del personal sanitario. Entre las lecciones aprendidas con la experiencia figuraban el reconocimiento de que la estigmatización y la discriminación relacionadas con el VIH eran habituales, y la necesidad de adoptar un enfoque empírico para luchar contra el estigma, adaptar las directrices mundiales a los contextos locales, establecer alianzas con múltiples interesados, crear espacios de aprendizaje seguros y adoptar un enfoque libre de prejuicios, así como la necesidad de asistencia técnica y fomento de la capacidad.

37. El Director del Hospital Católico de San Juan de Dios de Lunsar, en Sierra Leona, el hermano Michael Musa Koroma, dijo que los profesionales sanitarios y los administradores se hallaban en una situación única para utilizar los derechos humanos en el mejoramiento de los sistemas de atención de la salud. Los profesionales sanitarios de primera línea eran con frecuencia el único punto de contacto con el sistema de salud para millones de personas, y muchos de ellos proporcionaban una atención de la salud culturalmente apropiada, asesoramiento para prevenir la propagación de enfermedades y otros servicios de salud. Su función de promoción de los derechos humanos se veía menoscabada por la falta de recursos y conocimientos, por las creencias y actitudes personales y sociales y por las normas institucionales. Durante el brote de la enfermedad del ébola murieron cientos de profesionales sanitarios. La calidad de la atención prestada a los enfermos se había reducido a causa de conductas discriminatorias e irrespetuosas. Personas sospechosas de haber contraído el virus del ébola y sus familias habían sido puestas en cuarentena sin proporcionarles suministros básicos. Las comunidades se habían dispersado a causa de la falta de información y de la desconfianza. Los cuidados prestados y las medidas adoptadas para proteger la dignidad de los afectados por la crisis en el hospital de Lunsar brindaban enseñanzas para la promoción de los derechos humanos en crisis futuras.

38. Una representante de la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina, Frederike Booke, se refirió a las vinculaciones entre la protección de los derechos humanos y el acceso y la utilización de los servicios de salud, destacando el círculo vicioso de vulneraciones de los derechos humanos sufridas por las personas que vivían con enfermedades transmisibles. Para romper el círculo, la Asociación había emprendido proyectos encaminados a combatir la discriminación en la atención de la salud.

En 2017 había aprobado la Declaración de Compromiso para la Eliminación de la Discriminación en la Atención de la Salud y un memorando de entendimiento con organizaciones juveniles con objeto de mejorar la conciencia y los conocimientos de los estudiantes de medicina sobre la importancia de luchar contra la discriminación. Junto con otros colaboradores, incluidas las comunidades locales, la Asociación se proponía elaborar un documento de promoción sobre la no estigmatización en la atención de la salud y una nota orientativa sobre la formulación de planes de estudios de medicina más inclusivos.

39. Intervinieron en el diálogo interactivo los representantes de España, el ONUSIDA, la Association Miraisme International, el Centro de Derechos Reproductivos, el Foro Social Mundial, International Disability and Development Consortium y People's Health Movement. Los participantes encomiaron la labor y las iniciativas del personal sanitario de primera línea y los estudiantes. Algunos formularon preguntas sobre los derechos humanos en los conflictos armados en relación con los datos y la información sobre salud materna y derechos reproductivos. Otros plantearon cuestiones relativas a la participación institucional en iniciativas de lucha contra la discriminación, a la eficacia de las políticas de rendición de cuentas y a la capacitación sobre el tratamiento de personas con discapacidad. Un participante preguntó cómo se podía ayudar a los profesionales sanitarios en países que no contaban con sistemas de salud y cómo se podía fomentar la solidaridad internacional para establecer esos sistemas.

40. El Sr. Wannamethee describió los instrumentos de que disponía Tailandia para evaluar el nivel de estigma y discriminación, y el objetivo del país de reducir la estigmatización en un 90% para 2030. Las directrices mundiales debían estar adaptadas a las realidades locales y todos los interesados debían participar en el diseño de materiales de capacitación. El hermano Koroma hizo un llamamiento a favor de la capacitación de los profesionales sanitarios de primera línea y del respeto de sus derechos. Para la rendición de cuentas se necesitaba infraestructura y las instituciones de salud de carácter confesional debían complementar la labor de los Gobiernos, y debían respetarse las culturas de las comunidades locales. La Sra. Booke dijo que las opiniones de las personas con discapacidad y los profesionales sanitarios jóvenes debían tenerse en cuenta a la hora de diseñar programas de lucha contra las enfermedades transmisibles. La Sra. Martínez instó a que la salud reproductiva estuviera incorporada en los servicios generales de atención primaria de la salud, a que se fortaleciera la participación de la comunidad en la atención de la salud y a que las partes en los conflictos respetaran sus compromisos relativos al acceso a la atención de la salud. Subrayó que los sistemas de datos en situaciones de conflicto eran frágiles y que ello exigía establecer nuevas alianzas.

## **G. Creación de sinergias en pro de la salud: lograr la participación de una diversidad de actores**

41. El Embajador Internacional de Buena Voluntad del ONUSIDA y Presidente de The Foundation for AIDS Research, Kenneth Cole, elogió los logros que se habían alcanzado desde las primeras campañas de concienciación sobre el VIH/SIDA en 1985, pero reiteró que todavía quedaba mucho por hacer. El empoderamiento de quienes tenían menos recursos era crucial para avanzar en la lucha contra el sida. Era importante establecer conexiones y obtener recursos más allá de los compartimentos si se quería progresar en relación con los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, de las personas que vivían con el VIH. Como ejemplo, las iniciativas de la fundación para contribuir a encontrar una cura del sida para 2020 serían una aportación importante a las actividades del ONUSIDA tendentes a erradicar el sida para 2030.

42. Emily Christie, abogada superior de derechos humanos del bufete de abogados internacional DLA Piper, se refirió a la función que los bufetes privados de abogados desempeñaban para asistir a las poblaciones afectadas a acceder a la justicia, lo cual era esencial para alcanzar el acceso universal a la atención de la salud. En 2016, alrededor de 130 bufetes de abogados habían aportado aproximadamente 2,5 millones de horas de asistencia jurídica pro bono en todo el mundo. Su bufete había colaborado con otros para crear entornos jurídicos propicios para la protección e impugnar leyes perjudiciales mediante la reforma legislativa, la redacción de leyes y litigios de interés público. También

se había dedicado al fortalecimiento de la sociedad civil y las comunidades a fin de ayudarlas a colaborar con los mecanismos de vigilancia de los derechos humanos, apoyar el acceso a los servicios jurídicos y ofrecer capacitación sobre los derechos relacionados con la salud. Había prestado asistencia a clientes comerciales para que integrasen los derechos humanos en sus operaciones. La labor pro bono podía contribuir eficazmente a lograr la salud, los derechos humanos y la justicia para todos si se realizaba en colaboración con expertos en la materia, grupos de la sociedad civil, Gobiernos, ONG y organismos de las Naciones Unidas.

43. Un representante de la Asociación de Clubes UNESCO de Belarús, Dzmitry Subtselny, describió los programas de lucha contra el VIH en el país, que incluían el acceso al tratamiento, medidas para proteger la confidencialidad sobre la situación de los pacientes y una capacitación específica para el personal sanitario. Muchos miembros de grupos vulnerables, como los consumidores de drogas, los trabajadores sexuales y los hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres, evitaban el tratamiento por temor a que se diera a conocer su situación. Las organizaciones de la sociedad civil realizaban actividades relacionadas con la reducción de los daños, la labor educativa en línea sobre cuestiones relativas al VIH, y la promoción de la protección de los derechos humanos de los grupos vulnerables. También se proponían supervisar la calidad de los servicios de salud prestados a la población afectada y la medida en que en esos servicios se respetaban los derechos humanos. Esas actividades eran posibles gracias al apoyo financiero y técnico prestado por el sistema de las Naciones Unidas a los Gobiernos y a la sociedad civil de los países de ingresos medianos.

44. Svetlana Doltu, miembro del Consejo para la Prevención de la Tortura de Moldova, dijo que los principales problemas de salud del sistema penitenciario de Moldova eran la dependencia de las drogas, la hepatitis vírica, el VIH/SIDA y la tuberculosis multirresistente, además de combinaciones de todo ello. A pesar de las dificultades a que se enfrentaba, la República de Moldova cumplía las Reglas Mínimas de las Naciones Unidas para el Tratamiento de los Reclusos (Reglas Nelson Mandela) y brindaba a la población reclusa el mismo nivel de atención de la salud que al resto de la población sin discriminación a causa de la situación de esas personas. El tratamiento de los presos afectados por enfermedades transmisibles se proporcionaba en estrecha colaboración con ONG, incluso recurriendo a expresidarios. El Consejo para la Prevención de la Tortura procuraba mejorar las condiciones en las cárceles abordando los determinantes sociales de la salud y la prestación de servicios de prevención del VIH. Si bien seguían existiendo dificultades a la hora de abordar los problemas de salud de los presos en Moldova, se había avanzado mucho gracias a la labor de diversos asociados, incluidas las organizaciones internacionales que habían proporcionado apoyo técnico y financiero.

45. Intervinieron en el diálogo interactivo el moderador y representantes de la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos y de Global Human Rights Clinic. Preguntaron por el papel de las comunidades empresariales y del deporte, los niños, los médicos, los grupos confesionales, los estudiantes de derecho y las organizaciones de mujeres. Los participantes también preguntaron por las políticas de reducción de daños, la protección y la asistencia jurídica en África, y el acceso a servicios de salud mental para las personas que vivían con enfermedades transmisibles.

46. El Sr. Cole afirmó que las empresas llegarían a comprender que lo que era bueno para su comunidad era bueno para ellas. La Sra. Christie reclamó esfuerzos para crear justicia social e incluir la deontología en los planes de estudios de derecho, y que en las facultades de derecho se tomaran medidas de acción afirmativa para los grupos que eran objeto de discriminación. Era importante atender las necesidades jurídicas, sociales, físicas y mentales de la población. El Sr. Subtselny se refirió a un programa de salud apoyado por la UNESCO orientado a la educación reproductiva para los padres, y a la función de los homólogos y los modelos de conducta en la educación. La Sra. Doltu dijo que un sistema de servicios médicos a tiempo parcial en las prisiones podría contribuir a una mejor prestación de servicios de salud en ellas. Instó a que se reunieran más datos sobre el impacto social de las epidemias que afectaban a las mujeres. Todos los ponentes reclamaron que se adoptaran más medidas para mejorar la conciencia sobre el impacto positivo de las políticas de reducción de los daños en la reducción de las infecciones.

También reclamaron la despenalización de las drogas, así como iniciativas para poner fin a la estigmatización de los consumidores de drogas y otros grupos vulnerables de la población.

## **H. Cooperación internacional para las respuestas a nivel mundial y para la ejecución a nivel nacional**

47. El Representante Permanente de Suiza, Valentin Zellweger, describió las contribuciones de su país a la lucha contra el VIH y otras enfermedades transmisibles en los planos internacional y bilateral de una manera que superaba la compartimentación. La estructura de gobernanza del ONUSIDA, que incorporaba a miembros de la sociedad civil en la Junta Coordinadora del Programa, tenía una influencia decisiva, ya que dirigirse directamente a las comunidades afectadas permitía comprender las consecuencias de las políticas y programas sobre el terreno. La experiencia demostraba la mayor eficacia de un enfoque basado en los derechos humanos y en el género. Los seis elementos que Suiza consideraba cruciales en la respuesta al VIH eran los siguientes: establecer un equilibrio entre la prevención y el tratamiento; situar la igualdad de género y los derechos humanos en el centro de la respuesta; adoptar un enfoque empírico; intentar contribuir a los sistemas de salud y al logro de la cobertura sanitaria universal; afrontar los factores subyacentes determinantes del VIH; y adoptar un enfoque que incluyera la participación de múltiples interesados.

48. El Director Ejecutivo de Asociados para la Población y el Desarrollo, Joe Thomas, dijo que hacer participar a las poblaciones vulnerables en la formulación de respuestas y la cooperación Sur-Sur eran formas de traducir los principios clave de la Agenda 2030 en acción para poner fin al VIH y otras enfermedades transmisibles. Era necesario incorporar datos y pruebas en evolución constante acerca de experiencias de vulnerabilidad diferenciales. Hizo suyo el llamamiento del Secretario General de las Naciones Unidas a favor de un mayor apoyo a las iniciativas Sur-Sur para alcanzar los objetivos de desarrollo convenidos internacionalmente. La plena realización de los Objetivos de Desarrollo Sostenible 3, 5, 16 y 17 estaba interrelacionada con la protección y la promoción de los derechos humanos. El orador describió la estructura de gobernanza y el mandato de Asociados para la Población y el Desarrollo en materia de cooperación Sur-Sur, incluso en relación con la salud sexual y reproductiva, y su potencial para mejorar la respuesta al VIH en los países de ingresos bajos y medianos.

49. El Director Ejecutivo del Centro del Sur, Vicente Paolo Yu, recordó que los instrumentos internacionales de derechos humanos estipulaban un deber de colaboración mutua de los Estados. La realización del derecho a la salud y el logro del Objetivo de Desarrollo Sostenible 3 requerían cooperación internacional para afrontar las barreras al acceso a los medicamentos, la investigación y el desarrollo de medicamentos, la prestación de servicios de salud y la asistencia humanitaria de emergencia durante las pandemias. Era importante mantener el espacio para las políticas, la flexibilidad y la coherencia en las cuestiones relacionadas con la propiedad intelectual de modo que los países en desarrollo pudieran hacer frente a nuevas epidemias. La capacidad de respuesta se veía afectada además por las dificultades económicas, sociales y ambientales internacionales. A fin de promover la cooperación internacional, el orador proponía que la labor de investigación y desarrollo para descubrir nuevos medicamentos recibiera financiación pública y que cualesquiera nuevos medicamentos descubiertos gracias a ese modelo o bien no estuvieran sujetos a patentes o bien tuvieran patentes de interés público. Asimismo, la cooperación Norte-Sur seguía siendo esencial, particularmente para el desarrollo de infraestructuras para la prestación de servicios de salud pública. Además, el fortalecimiento de la cooperación Sur-Sur fomentaría el intercambio de conocimientos especializados, capacitación, tecnología y capacidad para la prestación de servicios de salud pública.

50. Intervinieron en el diálogo interactivo el moderador y los representantes del Ecuador, Nigeria, el ONUSIDA y el Foro Social Mundial. Plantearon cuestiones relacionadas con ejemplos de buenas prácticas a nivel local para el acceso a la salud de grupos de población clave, teniendo en cuenta los conocimientos y la experiencia locales para efectuar aportaciones a la hora de planificar políticas mundiales, así como cuestiones

relacionadas con la forma de lograr la participación de las grandes empresas y de negociar en un contexto de asimetrías de poder a nivel mundial. Algunos participantes mencionaron cuestiones jurídicas como las de la ley como determinante de la salud, y la importancia de imponer el deber de garantizar el acceso a los medicamentos básicos.

51. El Sr. Zellweger describió la transición de las políticas sobre la droga a un marco de reducción de los daños, una práctica promovida por Suiza en su cooperación exterior. Las leyes basadas en los derechos humanos y la promoción de la igualdad de género eran determinantes de la salud. Era necesario aplicar políticas que tuvieran una base empírica, aun cuando contravinieran ciertas conductas culturales. El Sr. Thomas hizo una reflexión sobre el diálogo plurilateral y bilateral destacando la labor de Asociados para la Población y el Desarrollo tendente a facilitar el intercambio de información para resolver cuestiones relacionadas con la salud, el acceso a los medicamentos y el envejecimiento de las poblaciones. El Sr. Yu consideró que la ley podía influir en las características de las sociedades, lo cual hacía de ella un determinante de la salud, para bien o para mal. En los países en desarrollo, cualesquiera cambios legislativos necesarios para cumplir las condiciones para recibir ayuda deberían efectuarse dentro del pleno respeto de los derechos, de los funcionarios locales y del papel del Estado. Reclamó la aplicación efectiva del derecho al desarrollo. Los ponentes acogieron positivamente los Objetivos de Desarrollo Sostenible y definieron los acuerdos recientes como logros importantes de la cooperación internacional, e instaron a una mayor cooperación para aplicarlos.

## **I. El acceso a los medicamentos, el diagnóstico, las vacunas y el tratamiento en el contexto del derecho a la salud**

52. La Directora General de la Alianza Mundial contra las Hepatitis, Raquel Peck, afirmó que el desarrollo de medicamentos que permitían salvar vidas de personas con hepatitis C había dado esperanza a los que padecían esa enfermedad. Sin embargo, los costos extraordinariamente elevados de los medicamentos habían dejado atrás a muchas personas; efectivamente, solo 1,5 millones de los 75 millones de personas infectadas habían recibido tratamiento. Aportó algunos ejemplos específicos de promoción por parte de comunidades que habían ampliado el derecho al acceso a los medicamentos. NOhep era un movimiento mundial que tenía como objetivo la eliminación de la hepatitis mediante el empoderamiento de las comunidades. Eliminar la hepatitis suponía ir más allá del derecho a la salud; requería que se adoptaran medidas para reducir las desigualdades, hacer frente a la pobreza y luchar contra el estigma y la discriminación. Teniendo en cuenta que ya existían soluciones técnicas, nadie más debía morir a causa de esa epidemia.

53. El responsable de cuestiones de propiedad intelectual y acceso a los medicamentos de la Coalición Internacional de Preparación para el Tratamiento, Othoman Mellouk, elogió la decisión del Gobierno de Malasia de conceder la primera licencia obligatoria en el marco de la flexibilidad de los derechos de propiedad intelectual relacionados con el comercio (ADPIC) a sofosbuvir, un costoso medicamento para el tratamiento de la hepatitis C. Esto fue consecuencia de actividades emprendidas por organizaciones locales de la sociedad civil. Muchos países de ingresos medianos quedaban excluidos de las disposiciones relativas a las licencias y los precios y presentaban unas tasas de cobertura de tratamiento inferiores a las de los países de ingresos bajos. Las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades se habían enfrentado a las grandes empresas farmacéuticas a pesar de las asimetrías de poder. Los países desarrollados, en nombre de las grandes empresas farmacéuticas, propugnaban unas condiciones restrictivas en materia de propiedad intelectual en los tratados de comercio bilaterales y multilaterales, lo cual podía tener efectos adversos para los pobres de todo el mundo. El orador reclamó unos marcos de derechos más estrictos a nivel internacional y nacional para producir un cambio de paradigma sobre el derecho al acceso a los medicamentos.

54. Ellen 't Hoen, investigadora superior de la Unidad de Salud Mundial del Centro Médico Universitario de Groningen, dijo que la distinción entre enfermedades transmisibles y no transmisibles era artificial, ya que con frecuencia las enfermedades correspondientes a un grupo eran la causa de enfermedades del otro grupo. El derecho a la salud suponía que los Estados tenían el deber de asegurar la disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y



buena calidad de los medicamentos. Las normas relativas a la propiedad intelectual debían interpretarse de forma que apoyaran las obligaciones de los Estados en materia de derechos humanos. Los Estados tenían el deber de recurrir a la flexibilidad del ADPIC cuando fuera necesario para asegurar el derecho al acceso a los medicamentos. La oradora hizo suyo el llamamiento del Grupo de alto nivel de las Naciones Unidas sobre el acceso a los medicamentos a favor de una coalición de países afines para ejercer presión con miras a un acuerdo mundial sobre las tecnologías de la salud, que incluyera un convenio vinculante para desvincular los costos de investigación y desarrollo de los precios finales de los medicamentos y para promover la transparencia sobre los costos de producción.

55. Elena Villanueva-Olivo, asesora en innovación médica y política de acceso para la Campaña de Acceso a los Medicamentos de Médicos Sin Fronteras, se refirió a la Campaña de Acceso de Médicos Sin Fronteras, que tenía por objeto crear conciencia sobre la necesidad de mejorar los instrumentos médicos en situaciones de crisis. El brote de la enfermedad del ébola en África Occidental, durante el cual se había producido una falta de diagnóstico, tratamiento y vacunas eficaces, había puesto de manifiesto el fracaso del sistema de investigación y desarrollo a la hora de fijar prioridades y desarrollar y producir medicamentos y vacunas asequibles. La oradora mencionó iniciativas para prevenir nuevas deficiencias y fracasos, como el Plan de Investigación y Desarrollo de la OMS y la Coalición en pro de innovaciones para la preparación frente a epidemias. Expresó preocupación por el hecho de que las entidades filantrópicas y los Gobiernos del Norte, que financiaban prácticamente la totalidad de la investigación y el desarrollo, asignaran prioridad a la protección de sus propias poblaciones e intereses económicos por encima de las necesidades esenciales de salud de las poblaciones pobres.

56. Intervinieron en el diálogo interactivo los representantes de Belarús, Botswana, el Brasil, Chile, el Ecuador, la República Bolivariana de Venezuela, el ACNUDH, Asia Pacific Transgender Network, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, Medicines Transparency Alliance Mongolia y PrEP Impact Trial. Muchos participantes plantearon cuestiones relativas a las barreras económicas al acceso los medicamentos, incluido el hecho de que las consideraciones económicas y de mercado tenían precedencia sobre los derechos humanos. También pusieron de relieve la falta de transparencia a la hora de asignar un valor a los determinantes “comerciales” de la salud, los efectos devastadores de las epidemias en las economías de los países en desarrollo y las enfermedades tropicales desatendidas. Los participantes formularon comentarios sobre alianzas internacionales y alianzas entre los Gobiernos y la sociedad civil. Varios participantes preguntaron acerca de la discriminación entre las naciones y dentro de ellas en cuanto al acceso a los medicamentos, el diagnóstico, la profilaxis previa a la exposición y los recursos, haciendo especial referencia a los niños, las mujeres transgénero y los hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres. Algunos mencionaron la relación entre la cobertura sanitaria universal y el acceso a los medicamentos.

57. La Sra. Villanueva-Olivo dijo que el acceso a los medicamentos era necesario para la cobertura sanitaria universal. Por tanto, se requería una labor de promoción para lograr que la OMS desempeñara un papel destacado en el fomento del acceso a los medicamentos y el apoyo a la aplicación de flexibilidad en los ADPIC. La Sra. Peck destacó la necesidad de mecanismos de financiación a nivel mundial y nacional, incluso para el acceso a los medicamentos. Reiteró la importancia de crear alianzas con las comunidades. El Sr. Mellouk afirmó que reconocer que la ley era un determinante de la salud se refería tanto a la letra como a la aplicación de las leyes. La flexibilidad de los ADPIC debería estar disponible de forma no discriminatoria y sin ceder a las decisiones tendenciosas de las empresas farmacéuticas. La Sra. t Hoen afirmó que el acceso a nuevos medicamentos esenciales también afectaba a los países desarrollados. Para que la cobertura sanitaria universal fuera viable era necesario ocuparse de las patentes, los mercados y la exclusividad de los datos, incluso desvinculando la investigación y el desarrollo de la lógica del mercado y mejorando la transparencia en la fijación de precios.

## J. El camino a seguir

58. La Directora de la División de Actividades Temáticas, Procedimientos Especiales y Derecho al Desarrollo del ACNUDH destacó la Agenda 2030 y su llamamiento a no dejar atrás a nadie como elementos clave para el debate sobre los derechos humanos relacionados con la salud. La estigmatización, la penalización y la discriminación agravaban las epidemias. La sociedad civil tenía un papel crucial, pero a menudo era objeto de críticas y su espacio se estaba reduciendo. Los Estados deberían fomentar un entorno jurídico, normativo y financiero propicio para la sociedad civil. Abordar el acceso a los medicamentos con una perspectiva de derechos humanos era la mejor forma de promover la coherencia de las políticas en ese ámbito. Haciendo suyo el llamamiento a favor de una transformación de las políticas hecho por el Grupo de Trabajo de alto nivel sobre la salud y los derechos humanos de las mujeres, los niños y los adolescentes, la oradora recordó la importancia de proteger, mediante la salud, los derechos a la salud y de la función de los profesionales sanitarios en la defensa de los derechos humanos y su empoderamiento y protección, así como de una mejor participación de todos los interesados, incluidas las comunidades y los parlamentarios, en la tarea de no dejar a nadie atrás en la promoción de los derechos humanos relacionados con la salud.

59. La Directora del Departamento de Derechos, Género, Prevención y Movilización Comunitaria del ONUSIDA expuso cinco temas que el Foro había reiterado en anteriores debates. Primero, la discriminación afectaba de manera diferente a grupos y personas diferentes, lo cual dificultaba el acceso a los bienes y servicios públicos. Segundo, las opiniones de las personas más afectadas debían incorporarse al diseño y la ejecución de las políticas, incluso haciendo participar a la sociedad civil en las juntas directivas de los organismos internacionales. Tercero, las enfermedades transmisibles y no transmisibles podían evitarse y tenían como denominador común la desigualdad y la falta de equidad en el acceso a los servicios de salud. Cuarto, el acceso a los medicamentos debería estar asegurado a precios sostenibles y asequibles, por ejemplo actuando sobre el monopolio de la propiedad intelectual mediante la flexibilidad en los ADPIC y mecanismos de desvinculación de los precios. Quinto, la reunión de datos desglosados podría reducir la invisibilidad de la falta de equidad en el acceso a los servicios de grupos específicos de la población.

60. La Directora de AIDS and Rights Alliance for Southern Africa, Michaela Clayton, observó que, aunque había muchos aspectos comunes en las clases de discriminación que se experimentaban en el sector de la salud, era importante señalar los motivos de discriminación en el contexto de cada enfermedad y señalar explícitamente los principales grupos de población afectados. Además de los desafíos, en el Foro Social se habían dado a conocer muchos ejemplos de buenas prácticas y había llegado el momento de actuar. Dicha acción debería incluir el incremento de los programas centrados en las personas, la financiación de intervenciones de derechos humanos, el mejor acceso a la justicia y la eliminación de barreras para la participación de la sociedad civil. Para asegurar que las comunidades marginadas tuvieran acceso a los servicios no bastaba con la participación de los Ministerios de Salud; también debían intervenir los Ministerios de Justicia, del Interior y de Seguridad. La oradora instó a que el ACNUDH tuviera un papel más destacado en las cuestiones de salud y la OMS lo tuviera en las cuestiones de derechos humanos. También reclamó que las cuestiones del estigma y la discriminación se debatieran en la Asamblea Mundial de la Salud.

61. Hicieron observaciones finales los representantes del ACNUDH, la OMS, AfricAid, la Comisión Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos, Asia Pacific Transgender Network, la Asociación de Clubes UNESCO de Belarús, el Foro Mundial sobre HSH y VIH, el Comité de Coordinación de la Conferencia Internacional sobre el Sida, la Federación Internacional de Asociaciones de Estudiantes de Medicina, People's Health Movement, Stop TB Partnership, la Asociación de Mineros Migrantes de Swazilandia y el Foro Social Mundial. Los participantes se refirieron a los grupos que se enfrentaban a desafíos específicos y que ofrecían oportunidades, como los profesionales sanitarios y los estudiantes, los trabajadores migrantes y los migrantes indocumentados, los refugiados, los consumidores de drogas, los pueblos indígenas, las comunidades rurales y los pobres de

zonas urbanas, los niños, los adolescentes, las personas transgénero, los hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres y los trabajadores sexuales. El empoderamiento de esos grupos era esencial para conseguir el acceso a los tratamientos y que estos se siguieran. Esto podría lograrse centrándose en las necesidades sociales generales como denominadores comunes entre los diferentes grupos. Esos grupos también deberían participar en la reunión de datos desglosados. Los participantes instaron a la constitución de alianzas multisectoriales entre múltiples interesados. Los sistemas internacionales de derechos humanos podrían contribuir a promover la rendición de cuentas a la hora de hacer efectivo el derecho a la salud. Los Estados deberían participar activamente en negociaciones internacionales y actividades de cooperación para promover los derechos humanos relacionados con la salud, por ejemplo en la reunión de alto nivel sobre la tuberculosis que debía organizar la Asamblea General en 2018. Debería haber políticas sociales específicas a disposición de todos. Los Estados deberían revisar las normas de lucha contra el terrorismo y otras normas que afectaban el espacio de actuación y la financiación de la sociedad civil. Muchos participantes recomendaron enfoques preventivos y un aumento de la educación y la concienciación sobre los derechos humanos por parte de los diferentes actores.

## IV. Conclusiones y recomendaciones

62. A continuación se exponen las conclusiones y recomendaciones del Foro Social de 2017.

### A. Conclusiones

63. El alto nivel de compromiso demostrado en el Foro Social ponía de manifiesto que la cuestión de los derechos humanos en el contexto de la salud y las enfermedades transmisibles ocupaba un lugar importante en la agenda de las distintas organizaciones internacionales, los Gobiernos, la sociedad civil organizada, las comunidades y el sector privado. Hacer efectivo el derecho a la salud se consideraba uno de los principales desafíos que tenía ante sí la comunidad internacional. Se reconoció que la defensa de los derechos humanos, incluido el derecho a la salud, era esencial para ampliar las iniciativas de promoción de la paz y el desarrollo. Sin embargo, los debates pusieron de relieve que el estigma, la discriminación, la mala aplicación de las leyes penales y otras vulneraciones de los derechos humanos seguían constituyendo barreras para una respuesta eficaz al VIH y otras enfermedades transmisibles y epidemia, y que a menudo los derechos humanos no estaban suficientemente integrados en las respuestas de salud. En muchos países y regiones de todo el mundo, la vulnerabilidad de los grupos de población más afectados por el VIH aumentaba a causa de leyes que penalizaban las relaciones sexuales entre personas del mismo sexo, el trabajo sexual, el consumo de drogas, la no divulgación del estado serológico respecto del VIH, la exposición o la transmisión. Se destacó que actuar con respecto a esas leyes era fundamental para responder al VIH y promover la salud para todos.

64. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible ofrecían un marco para la acción multisectorial tendente a hacer efectivos los derechos humanos en el contexto del VIH y otras enfermedades transmisibles y epidemias. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible, con su promesa de no dejar a nadie atrás, requerían la participación significativa de la sociedad civil y de las comunidades en las respuestas de salud, incluso en los niveles de adopción de decisiones. La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible también pedía la cobertura sanitaria universal, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos.

65. El estigma, la discriminación, la marginación y la penalización agravaban las epidemias, menoscababan las actividades de prevención y obstaculizaban el acceso a productos y servicios públicos que podían salvar vidas en poblaciones clave y grupos que se encontraban en situaciones de vulnerabilidad. Varios grupos se enfrentaban a

desafíos específicos, como los migrantes, los refugiados, las personas con discapacidad, los pueblos indígenas, las poblaciones pobres, los niños, los adolescentes, las mujeres, las personas transgénero, los hombres que tenían relaciones sexuales con otros hombres, los consumidores de drogas, las personas privadas de libertad y los trabajadores sexuales. Muchos oradores resaltaron la importancia de reunir datos acerca de los efectos de las epidemias entre esos grupos de población, de desglosar los datos y de asegurar la participación de las comunidades afectadas y de la sociedad civil en las iniciativas de reunión y análisis de datos, así como en los debates políticos y las decisiones basadas en dicho análisis.

66. Los participantes observaron que entre los determinantes económicos, sociales, jurídicos y “comerciales” de la salud figuraban la pobreza, la vivienda precaria, un abastecimiento inadecuado de agua y saneamiento, la falta de seguridad social, la desigualdad de género, la falta de acceso a servicios de atención de la salud y a medicamentos seguros, eficaces, de calidad y asequibles, la marginación de determinados grupos y la penalización de determinadas conductas, como las relaciones sexuales consentidas entre adultos del mismo sexo, el consumo de drogas o el trabajo sexual.

67. Se reconoció que las organizaciones de la sociedad civil y de las comunidades afectadas eran actores cruciales para la protección de los derechos humanos en el contexto de las enfermedades transmisibles. Sin embargo, en muchos países sufrían presiones y su espacio de actuación se reducía a causa de leyes y políticas restrictivas y de la falta de financiación. Se corría el peligro de que su buen conocimiento de los desafíos planteados en determinadas regiones y por parte de grupos particulares no fuera tenido en cuenta en el diseño de estrategias mundiales y locales contra las epidemias y otras enfermedades.

68. Los profesionales sanitarios se encontraban en la primera línea de la lucha contra las epidemias y otras enfermedades y a menudo trabajaban en condiciones deficientes y carecían de recursos apropiados y de protección contra la infección. Una capacitación y una información apropiadas, incluida la educación y la capacitación sobre los derechos humanos, servirían para empoderar a los profesionales sanitarios y a los estudiantes que se preparaban para carreras en el sector de la salud de modo que pudieran promover y proteger los derechos humanos de los pacientes y de las comunidades y prestar una atención sin discriminación.

69. Para abordar los numerosos desafíos a los derechos humanos en el contexto de las enfermedades transmisibles era necesario movilizar a diversos socios de varios sectores. Existían muchos ejemplos alentadores de buenas prácticas, programas e iniciativas aplicados por mecanismos e instituciones nacionales, internacionales y regionales de derechos humanos, órganos gubernamentales, organizaciones de la sociedad civil y de las comunidades afectadas, parlamentarios, el sector privado, bufetes de abogados, instituciones de carácter confesional, personalidades, mecanismos nacionales de prevención de la tortura y otros.

70. Se había avanzado mucho en la cooperación internacional. Sin embargo, para mantener el impulso creado por la aprobación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible era necesario promover la cooperación Norte-Sur y Sur-Sur a fin de abordar los derechos humanos en el contexto de las enfermedades transmisibles y asegurar una participación significativa de la sociedad civil y de las comunidades a todos los niveles. Iniciativas conjuntas tendientes a hacer efectivos los derechos económicos, sociales y culturales, así como el derecho al desarrollo, podrían influir en los determinantes sociales y económicos de la salud.

71. El acceso a medicamentos, vacunas, tratamientos y diagnósticos seguros, eficaces, de calidad y asequibles era una condición necesaria para el pleno goce del derecho a la salud en el contexto de las enfermedades transmisibles.

## B. Recomendaciones

72. En el curso de los debates del Foro Social de 2017 se pusieron de relieve varias esferas de acción prioritarias para promover y proteger mejor los derechos humanos en el contexto del VIH y otras enfermedades transmisibles y epidemias. Todos los interesados deberían coordinar mejor la labor relacionada con la salud y los derechos humanos de una forma que superara la compartimentación. A nivel internacional, el ACNUDH, el ONUSIDA, la OMS, la OMC y otras organizaciones deberían incrementar su cooperación para abordar las cuestiones de derechos humanos en el contexto del VIH y otras enfermedades transmisibles y epidemias. A nivel nacional, los distintos órganos gubernamentales deberían adoptar un criterio común a la hora de proteger los derechos humanos de los grupos especialmente afectados integrando las necesidades de estos en los planes y políticas nacionales.

73. Debería considerarse que los Objetivos de Desarrollo Sostenible y el marco de derechos humanos se reforzaban mutuamente. Los derechos humanos deberían orientar la aplicación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible relacionados con la salud y la lucha contra las enfermedades transmisibles. Los países deberían presentar información sobre los derechos humanos en el contexto del VIH y otras enfermedades transmisibles y epidemias durante sus exámenes periódicos universales y en sus otros informes periódicos sobre derechos humanos, así como en sus exámenes nacionales voluntarios sobre los Objetivos de Desarrollo Sostenible. En la aplicación de la meta 3.8 de los Objetivos, relativa al logro de la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos, los Estados deberían tener en cuenta el desarrollo y el fortalecimiento de sistemas sanitarios universales y de políticas sobre el acceso a los medicamentos y las vacunas, incluso mediante la cooperación internacional.

74. Para hacer frente a las epidemias con una perspectiva de derechos humanos, los Estados deberían adoptar, reforzar y aplicar políticas y programas de base empírica para luchar contra el estigma, la discriminación y la penalización de grupos clave de la población. Los interesados deberían reunir datos sobre la forma en que las epidemias afectaban a diferentes grupos de población a fin de que nadie quedara atrás. Los datos deberían estar desglosados, entre otras cosas, por edad, sexo, raza, género, residencia urbana o rural y condición social y jurídica. Las comunidades afectadas y la sociedad civil deberían tener una participación significativa en la reunión y el análisis de los datos. Los Estados deberían tener en cuenta las pruebas empíricas que demostraban los resultados positivos de experiencias relacionadas con la despenalización del consumo de drogas y los proyectos y programas de reducción de los daños a la hora de formular las políticas nacionales.

75. Los Estados y otros interesados deberían proteger, mediante la salud, los derechos a la salud de las comunidades marginadas. Al hacerlo, habría que corregir los desequilibrios de poder integrando en el diseño y la ejecución de políticas y en la reunión de datos las opiniones de esas comunidades. Su empoderamiento debería lograrse gracias a una lucha común por atender las necesidades sociales más generales, como una educación de calidad, conocimientos básicos de salud, una cantidad suficiente de alimentos seguros y nutritivos, el acceso al agua potable y el saneamiento, el empleo y un acceso efectivo a la justicia.

76. Los Estados y otros interesados deberían cooperar con las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades afectadas y fomentar su papel en la erradicación de las epidemias y en el logro de los Objetivos de Desarrollo Sostenible protegiendo y ampliando el espacio de actuación cívica. Esto debería lograrse creando un entorno jurídico, normativo y financiero propicio para las organizaciones de la sociedad civil y las comunidades afectadas. Los Estados deberían revisar las políticas que restringían el espacio de actuación y la financiación de la sociedad civil. Los Estados también deberían revisar y reformar las leyes que pudieran contribuir a la estigmatización y la discriminación, como las leyes penales y de otro tipo que habían demostrado tener un efecto negativo en la salud pública. Los organismos internacionales deberían tener en

cuenta las opiniones de las personas más afectadas en sus procesos de adopción de decisiones.

77. Los Estados y otros interesados deberían intensificar sus esfuerzos de lucha contra la discriminación en entornos de atención de la salud. Los profesionales sanitarios deberían estar empoderados y ser reconocidos como agentes capaces de promover y proteger los derechos humanos de los pacientes y las comunidades. También deberían protegerse sus derechos humanos, incluidos sus derechos laborales. Para lograr que los profesionales sanitarios tuvieran la capacidad necesaria para prestar una atención de la salud sin discriminación, las cuestiones relacionadas con los derechos humanos, la no discriminación, el consentimiento libre e informado, la confidencialidad y la intimidad de las personas deberían estar incorporadas en los planes de estudios previos al servicio y en la educación durante el servicio de los profesionales sanitarios. Habría que dar a conocer las mejores prácticas relativas a esos programas y materiales de capacitación y educación.

78. Deberían constituirse alianzas multisectoriales entre múltiples interesados. Los distintos socios deberían concentrarse en sus fortalezas y en su potencial para contribuir a la promoción de los derechos humanos en el contexto de las enfermedades transmisibles. El sector privado, incluidas las empresas y los bufetes de abogados, deberían dedicarse a empoderar a las comunidades facilitándoles recursos y fomentando su capacidad. Los parlamentarios deberían salvar la distancia existente entre las comunidades y los Gobiernos y unirse en alianzas para promover las buenas prácticas entre países. En algunos contextos, los nuevos socios, como los movimientos de base, los mecanismos nacionales de prevención de la tortura e incluso las personas armadas en situaciones de conflicto, tenían un acceso único a grupos vulnerables a los que no era posible llegar de otra forma, y deberían promover y proteger sus derechos.

79. La cooperación Norte-Sur y Sur-Sur debería seguir centrándose en la creación de la infraestructura necesaria para desarrollar sistemas de salud y en el fomento de alianzas con la sociedad civil en los países donde ya existían sistemas de salud, con objeto de intercambiar conocimientos para abordar problemas similares.

80. Los Estados deberían tener en cuenta las obligaciones de derechos humanos en los debates y decisiones multilaterales y regionales sobre la salud mundial. Se alentaba a los mecanismos internacionales y regionales de derechos humanos a promover los derechos humanos y la rendición de cuentas en relación con la salud, particularmente en el contexto del VIH y otras enfermedades transmisibles y epidemias. Las buenas prácticas y las experiencias adquiridas en esa labor deberían ponerse en conocimiento de los diferentes mecanismos dedicados a los derechos humanos y a la salud.

81. Un enfoque basado en los derechos humanos para el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, de calidad y asequibles era crucial para el ejercicio del derecho a la salud y debería tenerse en cuenta en el contexto de las políticas relacionadas con los derechos de propiedad intelectual y los acuerdos internacionales pertinentes en la materia.

## Anexo

*[Inglés únicamente]*

### List of participants

#### States Members of the Human Rights Council

Albania, Belgium, Botswana, China, Cuba, Ecuador, France, Georgia, Ghana, India, Indonesia, Iraq, Mexico, Morocco, Netherlands, Nigeria, Panama, Portugal, Qatar, Slovenia, South Africa, Switzerland, Venezuela (Bolivarian Republic of).

#### States Members of the United Nations

Algeria, Angola, Argentina, Austria, Azerbaijan, Bahrain, Belarus, Brazil, Cabo Verde, Chile, Costa Rica, Cyprus, Czechia, Egypt, Guatemala, Iran (Islamic Republic of), Israel, Italy, Jordan, Kazakhstan, Myanmar, Nicaragua, Nigeria (National Agency for the Control of AIDS), Norway, Pakistan, Peru, Republic of Moldova (Council for the Prevention of Torture), Senegal, Serbia, Spain, Sweden, Thailand, Trinidad and Tobago, Ukraine, Zimbabwe.

#### Non-Member States represented by observers

Holy See

#### Intergovernmental organizations

African Commission on Human and Peoples' Rights, Community of Portuguese-speaking Countries, International Development Law Organization, Gulf Cooperation Council, Organization of Islamic Cooperation, Partners in Population and Development, South Centre, World Trade Organization.

#### United Nations

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Stop TB Partnership, United Nations Children's Fund (UNICEF), United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization, United Nations Office for Project Services, United Nations Population Fund, World Health Organization.

#### Non-governmental organizations and others

AfricAid, AIDES, AIDS and Rights Alliance for Southern Africa, AIDS Foundation, African Men for Sexual Health and Rights, Asia Pacific Transgender Network, Asian-Eurasian Human Rights Forum, Association DREPAVIE, Association Miraisme International, Association for Human Rights in Kurdistan of Iran-Geneva, Association of World Citizens, Belarusian Association of UNESCO Clubs, Caissa, Centre for Reproductive Rights, African Commission of Health and Human Rights Promoters, Company of the Daughters of Charity of St. Vincent de Paul, DLA Piper law firm, Domino Foundation, Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation, Global Forum on MSM & HIV, Global Human Rights Clinic, Global Human Rights Group, Global Network of People living with HIV, Harm Reduction International, Health Development Center AFI, Helen Keller International, Institute for Planetary Synthesis, International Aids Conference

Coordinating Committee, International AIDS Alliance, International Committee of the Red Cross, International Disability and Development Consortium, International Federation of Anti-Leprosy Associations, International Federation of Medical Students' Associations, International HIV/AIDS Alliance, International Investment Center, International Network of People who Use Drugs, International Treatment Preparedness Coalition, OCAPROCE International, Partnership Network International, Médecins Sans Frontières Access Campaign, People's Health Movement, Swaziland Migrant Mineworkers Association, Porn4PrEP, Saint John of God Catholic Hospital, Sierra Leone, The Foundation for AIDS Research, Transparency Alliance-Mongolia, UNAIDS Global Reference Group on HIV/AIDS and Human Rights, VIVAT International, World Hepatitis Alliance, World Social Forum, Zero TB Initiative, Ulaanbaatar.

### **Academic institutions**

Global Health Law Groningen Research Centre, University College of Social Work, Fribourg, Switzerland, University College of Social Work, Geneva, Switzerland.

---