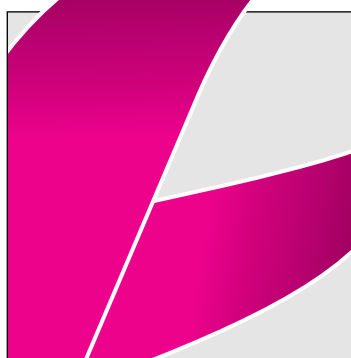
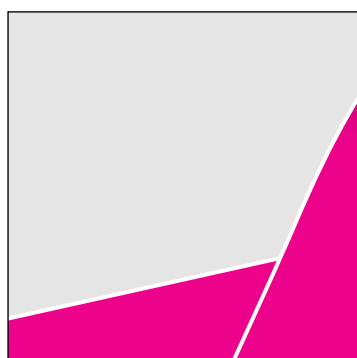


El derecho de los migrantes a la salud



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL



IOM • OIM

Colección Prácticas Óptimas del ONUSIDA
MATERIAL FUNDAMENTAL

Agradecimientos

El derecho de los migrantes a la salud

Texto de Margaret Duckett

Documento preparado para el ONUSIDA y la Organización Internacional
para la Migración (OIM).

Todos los aspectos del proceso de edición fueron coordinados por el Centro
de Información, ONUSIDA, Ginebra

ONUSIDA/02.53S (versión española, octubre de 2002)
ISBN 92-9173-246-X

Versión original inglés, UNAIDS/01.16E, marzo de 2001 :

Migrants' Right to Health

Traducción – ONUSIDA

© Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el
VIH/SIDA (ONUSIDA) 2002

Reservados todos los derechos. Las publicaciones
producidas por el ONUSIDA pueden obtenerse solicitándolas
al Centro de Información del ONUSIDA. Las solicitudes
de permiso para reproducir o traducir publicaciones del
ONUSIDA –sea con fines comerciales o no– también deben
dirigirse al Centro de Información por correo a la dirección
indicada más abajo, por fax (+41 22 791 4187) o por correo
electrónico (publicationpermissions@unids.org).

El presente documento puede reseñarse, citarse, repro-
ducirse o traducirse libremente, en parte o íntegramente,
siempre y cuando se nombre su procedencia. No se
permite su venta o su uso en conexión con fines comer-
ciales sin la aprobación previa por escrito del ONUSIDA
(contacto: Centro de Información del ONUSIDA).

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la
forma en que aparecen presentados los datos que contiene
no implican, por parte del ONUSIDA, juicio alguno sobre la
condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o
de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras
o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de
nombres comerciales de ciertos productos no implica que el
ONUSIDA los apruebe o recomiende con preferencia a otros
análogos. Salvo error u omisión, las marcas registradas de
artículos o productos de esta naturaleza se distinguen por
una letra inicial mayúscula.

El ONUSIDA no garantiza que la información contenida
en la presente publicación sea completa y correcta, y no
se responsabiliza de los posibles daños y perjuicios que
pudieran producirse como resultado de su utilización.

El derecho de los migrantes a la salud



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Ginebra, Suiza
2002

Nadie es una isla en sí mismo; todos formamos parte del océano... La muerte de cualquier hombre me empequeñece porque yo soy parte de la humanidad, y nunca he llegado a saber por quién redoblan las campanas. Redoblan por todos nosotros.

John Donne, 1572-1624

«Devotions Upon Emergent Occasions», Meditación 17, 1624.

Las personas ricas y que se desplazan frecuentemente de un lugar a otro están preparadas, dispuestas y capacitadas para llevar las aflicciones a todos los rincones del mundo en cuestión de 24 horas.

Joshua Lederberg, Universidad Rockefeller, 1997

«Infectious Disease as an Evolutionary Paradigm», Emerging Infectious Diseases, vol. 3, nº 4, octubre-diciembre de 1997.

Teniendo en cuenta la migración en la zona, el VIH/SIDA nunca podrá erradicarse mientras otros países adopten una actitud indolente y sigan siendo reservorios de la infección.

Marvellous Mhloyi, Universidad de Zimbabwe, 1999

*«The Challenge of the Current HIV Paradigm: Why has it not worked?»
Discurso en el plenario de XI-ICASA (16-21 de septiembre, 1999).*

Índice

Resumen	5
I. Introducción	9
II. Configuración de la escena	11
III. Equilibrio de los tratados internacionales con los derechos de los Estados	20
IV. Acceso a la salud	28
V. Enfoques prometedores que conviene estudiar/ampliar en el futuro	37
VI. Implicaciones para los responsables de formular políticas	46
VII. Conclusiones	49
Recomendaciones	50
Apéndice. Instrumentos internacionales (y cláusulas pertinentes)	51
Bibliografía	54

Resumen

El mundo está en movimiento.

Cada año más de un millón de personas emigran para siempre, y en la mayoría de los años casi otras tantas piden asilo. Si incluimos la movilidad dentro de los países, es probable que haya unos dos mil millones de personas que se desplacen cada año en todo el mundo.

El presente informe aborda algunas de las cuestiones relacionadas con los derechos de los migrantes a la salud.

En primer lugar, no existe una definición consensuada de lo que es un migrante. En sus normativas, cada país utiliza definiciones propias para describir categorías tales como viajeros, migrantes y nuevos colonos. En este documento se empleará una definición amplia del término «migrante» que engloba todos los aspectos de la movilidad en cualquier población.

En segundo lugar, ¿qué se entiende por derecho a la salud? La Constitución de la Organización Mundial de la Salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. En relación con los no ciudadanos, la mayoría de los países ha definido sus obligaciones relativas a la salud por lo que respecta a la asistencia esencial y la asistencia en situaciones de emergencia, aunque este concepto se interpreta de diferentes formas en los distintos países. Los profesionales de la salud desempeñan a menudo un papel crucial al decidir si una situación puede catalogarse como emergencia. ¿Podría considerarse que todas las cuestiones de salud relacionadas con el VIH/SIDA¹ se encuadran dentro de una emergencia mundial?

El presente informe propugna una serie de cambios con el fin de mejorar la salud de los migrantes (en especial por lo que respecta al VIH/SIDA, a otras infecciones de transmisión sexual y a la salud reproductiva) a nivel mundial, nacional y local. A modo de resumen, esos cambios consisten en:

- Reconocimiento del derecho al nivel máximo alcanzable de salud física y mental. En relación con las poblaciones migratorias, esto exige prestar atención al derecho a unos servicios de salud accesibles y asequibles, el derecho a unas condiciones saludables de vida y trabajo y el derecho a una educación sanitaria adecuada.
- Reconocimiento y observancia por parte de todos los países de los tratados y acuerdos internacionales que hayan suscrito, así como de la ley consuetudinaria internacional pertinente. Al parecer, muchos países firman tratados/acuerdos internacionales, pero no implantan las medidas necesarias para cumplir la letra y el espíritu de tales acuerdos.
- Aplicación general y observancia del Reglamento Sanitario Internacional.
- Medidas para asegurar que los principales países de emigración, tránsito y recepción tengan en vigor programas conjuntos/tripartitos de acceso a la salud que aborden todos los aspectos de tiempo y lugar en el proceso continuo de movimiento de los ciudadanos/trabajadores migratorios. Esto incluye el periodo previo a la salida, la migración en sí misma, la fase inicial de adaptación, la adaptación satisfactoria, la migración de retorno y la reintegración en la comunidad original.
- Servicios sanitarios para los viajeros y poblaciones migratorias que vayan más allá de la asistencia de emergencia y aborden el bienestar físico, mental y social, en particular

¹ VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; SIDA: síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

por lo que respecta al VIH/SIDA, otras infecciones de transmisión sexual y la salud reproductiva.

- Mayor atención a la prevención en las políticas y la prestación de servicios sanitarios para las poblaciones migratorias/móviles, incluidos el desarrollo y ejecución generalizados de intervenciones a nivel comunitario.
- Para los migrantes y las poblaciones móviles dentro de los países, medidas para garantizar que todos los miembros de esos colectivos tengan un buen acceso a la prevención y la asistencia sanitaria relacionadas con el VIH/SIDA/ETS/salud reproductiva. Por ejemplo, un programa apropiado de educación sanitaria puede necesitar la producción de material informativo sumamente específico en diversos idiomas.
- Atención a las desigualdades por razón de sexo involucradas a menudo en los movimientos migratorios, tanto dentro de los países como entre fronteras, y a las relaciones de sexo/poder que rigen con frecuencia el acceso de las mujeres a la información y asistencia sanitaria.
- Comprensión por parte de los principales países de emigración de que las contribuciones al Producto Nacional Bruto que realizan los trabajadores migratorios que envían dinero a sus familias pueden verse equilibradas por la presión sobre los servicios sanitarios y sociales si dichos trabajadores vuelven a su país de origen enfermos o incapacitados.

El informe esboza las principales leyes, políticas y prácticas óptimas existentes en relación con los derechos de los migrantes a la salud, y a la asistencia, tratamiento, apoyo y prevención asociados, en especial por lo que respecta al VIH/SIDA/ETS/salud reproductiva. El documento utiliza este marco de leyes y políticas existentes para abordar las dimensiones éticas y económicas, y para examinar los efectos de la mundialización y las implicaciones de las políticas para la salud de los migrantes. Concluye con una serie de recomendaciones para el desarrollo de políticas que mejoren el estado de salud de las poblaciones migratorias.

El segundo apartado de este documento configura la escena: diversos informes han descrito una asociación entre movilidad humana y mayor riesgo de infección por el VIH. Sin embargo, el hecho de ser migrante no es, en sí mismo o por sí mismo, un factor de riesgo; son las actividades realizadas durante el proceso de migración las que constituyen los factores de riesgo.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha estimado recientemente que en la actualidad más de 90 millones de personas (trabajadores migratorios y sus familias) residen legal o ilegalmente en un país distinto del suyo de origen. Algunos países son fuentes importantes de emigración; otros, destinos habituales de inmigración. Pero, en muchos casos, los países desempeñan simultáneamente ambos papeles. La movilidad dentro de un país o entre países puede concentrarse a menudo en regiones concretas, algunas de las cuales tienen un porcentaje desproporcionadamente alto de población móvil.

Diversos informes han ilustrado el escaso acceso a la asistencia sanitaria y las consecuencias de salud que sufren los migrantes en muchas partes del mundo. En general, la tendencia a que los migrantes tengan menos asistencia sanitaria –con el consiguiente deterioro de su estado de salud– es más acusada entre los recién llegados o los «grupos» socialmente más desfavorecidos en la comunidad receptora. Es habitual, asimismo, que los trabajadores migratorios con problemas de salud vuelvan a sus países de origen.

Las cuestiones de migración y sexo van unidas de forma indisoluble. A pesar de la idea de que el migrante típico es un varón, el Migrant Workers Report de la OIT indica que en 1999 las mujeres –con su mayor vulnerabilidad a la explotación y el abuso– constituyeron aproximadamente la mitad de toda la población migratoria a nivel mundial.

No es de esperar que las preocupaciones internacionales en relación con los movimientos migratorios se resuelvan por sí mismas. Cabe pensar que en los próximos años el movimiento de personas aumentará de forma significativa en todo el mundo, como aumentarán de forma importante el número y la proporción de migrantes ilegales y marginados.

El tercer apartado de este documento, que aborda cuestiones relativas al equilibrio entre las obligaciones impuestas por los tratados internacionales y la soberanía de los Estados, se centra en declaraciones y tratados pertinentes, el uso del Reglamento Sanitario Internacional en el contexto de la propagación internacional de la enfermedad y el efecto de la mundialización. El cuarto apartado examina el acceso a la salud desde la perspectiva de la financiación de la asistencia sanitaria, la «nueva» salud pública, los niveles de acceso, las prioridades para una intervención inmediata y el alcance de ésta. El quinto apartado describe diversos proyectos ilustrativos de algunas de las intervenciones más prometedoras actualmente en curso en distintas partes del mundo. El sexto apartado esboza algunas de las implicaciones específicas que los temas tratados en este documento tienen para los responsables de formular políticas.

El informe hace hincapié en diversas cuestiones significativas para los responsables de formular políticas; entre ellas:

- Los efectos positivos y negativos de la mundialización.
- Los imperativos éticos y económicos para asegurar que las poblaciones móviles y migratorias tengan acceso a la asistencia sanitaria.
- Las limitaciones reales que una epidemia internacional impone sobre los derechos de cada Estado.
- La necesidad de afrontar todos los aspectos de tiempo y lugar que plantea el proceso continuo de la movilidad. Esto incluye el periodo previo a la salida, la migración en sí misma, la fase inicial de adaptación, la adaptación satisfactoria, la migración de retorno y la reintegración en la comunidad original.

Se han realizado progresos para prevenir la propagación del VIH a los migrantes –y a partir de ellos– y para reducir el impacto del VIH sobre los migrantes seropositivos. En diversos países y contextos se dispone de proyectos que abordan otras infecciones de transmisión sexual y los problemas de salud reproductiva de los migrantes y las poblaciones móviles. El reto consiste ahora en afrontar de manera más global las complejas cuestiones implicadas, en todos los países y a todos los niveles.

I. Introducción

El mundo está en movimiento.

En 1995, el Banco Mundial estimó que al menos 125 millones de personas vivían fuera de su país de origen.² Cada año más de un millón de personas emigran de por vida, y casi otras tantas piden asilo. Sin embargo, si en la definición de personas móviles se incluye a los visitantes a corto plazo, la cifra anual de viajeros internacionales supera los mil millones. En algunos países de destino turístico, el número anual de visitantes esporádicos es mayor que la población residente.³ Si añadimos la movilidad dentro de un mismo país, es probable que haya unos dos mil millones de personas que se desplazan cada año en todo el mundo.

No existe una definición consensuada del término «migrante». Haour-Knipe y Rector⁴ dedicaron diversas páginas a su(s) definición(es). De acuerdo con el resumen de Decosas y Adrien:⁵ «A los migrantes se les puede definir por su condición jurídica o su etnia; pero la migración también puede clasificarse utilizando parámetros de duración, motivación y distancia. Si excluimos a los visitantes a corto plazo (turistas, por ejemplo), las categorías más importantes son la migración laboral, los refugiados, los reasentamientos, la migración interna y los desplazamientos laborales diarios.» Lurie⁶ utiliza un enfoque diferente: «La mayoría de los estudios clasifica simplemente a las personas como “migrantes” o “no migrantes”. En realidad, la situación es bastante más compleja; hay, de hecho, muchos tipos distintos de migración, y cada uno de ellos puede acarrear diferentes factores de riesgo. Es probable, además, que la condición migratoria de una persona cambie diversas veces en el transcurso de su vida.»

En sus normativas, cada país utiliza definiciones propias para distinguir entre categorías tales como viajeros y migrantes. El derecho internacional establece diferencias entre las personas que son y no son del país de residencia (por ej., ciudadanos, extranjeros, migrantes), y también reconoce otras categorías específicas (por ej., refugiados, solicitantes de asilo, trabajadores migratorios).

En el presente documento se utilizará una definición del término «migrante» que engloba todos los aspectos de la movilidad en cualquier población. El informe se centrará en las personas que actualmente están cruzando fronteras o que las han cruzado en el curso de su vida; entre ellas, los desplazados por motivos profesionales o educativos, y también los jóvenes. Se excluye a los refugiados (tratados en otras publicaciones) y a las minorías étnicas (en las cuales los planteamientos pueden diferir sustancialmente). La problemática de los refugiados es similar a la de todos los migrantes, pero sus preocupaciones básicas suelen exacerbarse. Tal como han apuntado múltiples autores, incluido Forrest:⁷ «La migración forzada o no planificada a causa de desastres civiles o naturales supone una presión significativa sobre el estado de salud de la población –y también sobre la nutrición, la asistencia médica y los sistemas de salud pública–, que favorece la aparición y diseminación de enfermedades.»

² Banco Mundial. *Workers in an Integrating World: World Development Report 1995*. Oxford, Oxford University Press, 1995.

³ Hendriks A. «The right to freedom of movement and the (un) lawfulness of AIDS/HIV specific travel restrictions from a European perspective.» *Nordic Journal of International Law* 59: fasc. 2/3, 1990.

⁴ Haour-Knipe M y Rector R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. Londres, Taylor & Francis, 1996.

⁵ Decosas J y Adrien A. «Migration and HIV.» *AIDS* 1997, 11 (supl. A): 577-584.

⁶ Lurie M, Garnett G, Abdool Karim S, Sturm W, Wilkinson D y Williams B. *Research Protocol. Migration and the Spread of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases in South Africa: Intellocking Urban and Rural Cohort Studies*, enero de 1998.

⁷ Forrest DM. «Control of Imported Communicable Diseases: Preparation and Response.» *Canadian Journal of Public Health*, vol. 87, nº 6, noviembre-diciembre de 1996; p. 369.

Este informe esboza las principales leyes, políticas y prácticas óptimas existentes en relación con el derecho de los migrantes a la salud, y a la asistencia, tratamiento, apoyo y prevención asociados, en especial por lo que respecta al VIH/SIDA/ETS y a cuestiones de salud reproductiva. El informe utiliza este marco de leyes y políticas existentes para abordar las dimensiones éticas y económicas y para examinar los efectos de la mundialización y las implicaciones de las políticas para la salud de los migrantes. Concluye con una serie de recomendaciones para el futuro desarrollo de políticas que mejoren el estado de salud de las poblaciones migratorias.

II. Configuración de la escena

A. Migración y poblaciones móviles

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) ha estimado recientemente⁸ que en la actualidad más de 90 millones de personas (trabajadores migratorios y sus familias) residen, legal o ilegalmente, en un país distinto del suyo de origen. Hay que señalar que esa estimación más baja, en comparación con la cifra calculada en 1995 por el Banco Mundial de 125 millones de personas que viven fuera de sus países originarios, no incluye a los individuos que han cambiado oficialmente su nacionalidad original.⁹ El Cuadro 1 (adoptado del informe de la OIT) desglosa esta cifra por regiones.

Cuadro 1. Estimación del número de no nacionales por regiones en 1995, con exclusión de los refugiados y los solicitantes de asilo (en millones)¹⁰

Región	Económicamente activos	Económicamente dependientes	Total
África	6-7	12-14	18-21
América del Norte	8	8-10	16-18
América Central y Sudamérica	3-5	4-7	7-12
Asia meridional, sudoriental y oriental	2-3	3-4	5-7
Asia occidental (estados árabes)	6	2-3	8-9
Europa	11-13	15-17	26-30
Totales globales	36-42	44-55	80-97

Algunos países pueden ser fuentes importantes de emigración; otros, destinos habituales de inmigración. Pero, en muchos casos, los países desempeñan simultáneamente ambos papeles. La OIT ha señalado que, en 1990, más de 100 países fueron remitentes o receptores importantes de mano de obra migratoria, con las siguientes cifras desglosadas: 68 países fueron receptores importantes; 56, remitentes importantes, y 24, receptores y remitentes simultáneamente.¹¹ El informe de la OIT señalaba que Italia, Japón, Malasia y Venezuela figuran entre los nuevos receptores importantes, mientras que Bangladesh, Egipto e Indonesia son algunos de los principales nuevos remitentes.

En 1996, unos 7 millones de habitantes de los Estados Unidos de América (~3% de la población) habían nacido en México. Se calcula que, de ellos, unos 2,7 millones eran migrantes no autorizados. Alrededor del 80-90% de estos migrantes son varones –mayoritariamente solteros o no acompañados– de entre 15 y 34 años de edad.

⁸ OIT. *Trabajadores migratorios, Conferencia Internacional del Trabajo, 87ª. Sesión 1999, Informe III (Parte 1B)*. Ginebra, 1999.

⁹ Esta estimación más baja de la OIT puede ser debida a que no incluye entre las poblaciones migratorias a los ciudadanos naturalizados, pero éstos sí formaban parte del cálculo del Banco Mundial de personas que viven fuera de su país de origen.

¹⁰ La estimación hace referencia a los poseedores de pasaporte extranjero, no a las personas nacidas en el extranjero, ya que estas últimas incluyen a una proporción desconocida de personas naturalizadas que han dejado de tener la nacionalidad de su país de origen. Las cifras aquí indicadas incluyen tanto a migrantes regulares como a migrantes cuyo estado puede ser irregular por lo que respecta a entrada, residencia o actividad económica.

¹¹ OIT. *Trabajadores migratorios*, 1999; *op. cit.*, p. 4.

La movilidad entre países y dentro de ellos puede ser desproporcionadamente alta en algunas regiones: en una zona de Ziguinichor (Senegal) migra cada año el 82% de los varones de entre 20 y 40 años.

Sin embargo, a pesar de la idea de que el migrante típico es varón, el *Migrant Workers Report* de la OIT indica que, en 1999, las mujeres constituyeron aproximadamente la mitad de toda la población migratoria a nivel mundial.¹² El presente informe llama la atención de los gobiernos sobre la vulnerabilidad especial a la explotación y el abuso de las mujeres trabajadoras migratorias: «Las mujeres han dejado de ser exclusivamente familiares acompañantes para convertirse ahora en una proporción creciente de los trabajadores migratorios; por ejemplo, casi medio millón de mujeres de Sri Lanka están trabajando en el Oriente Medio, mientras que hay 12 mujeres por cada varón entre los emigrantes de las Filipinas a otros países de Asia... El Comité subraya, en particular, la tendencia creciente a “importar” trabajadoras migratorias para su explotación comercial –incluida la sexual– a través de matrimonios arreglados con extranjeros o haciendo que firmen contratos de empleo que parecen tentadores pero que rara vez reflejan la situación real. Su vulnerabilidad radica principalmente en el hecho de que están empleadas en el extranjero y, por tanto, fuera de la protección jurídica de su país de origen, pero también es debida a que con frecuencia realizan trabajos que gozan de escasa protección en la legislación social: trabajadoras domésticas, trabajadoras manuales (en la agricultura, fábricas o zonas de procesamiento de exportaciones), camareras o chicas de alterne en clubes nocturnos o cabarets, etc. Su situación empeora por la falta de autonomía y la fuerte relación de subordinación que son típicas de los trabajos que realizan; a esto hay que añadir el hecho de que esas mujeres suelen ser jóvenes y pobres, viven con miedo a perder su trabajo, han tenido que dejar la familia en su país de origen, no hablan el idioma del país receptor, no son conscientes de que tienen derechos que están siendo infringidos y generalmente no saben adónde acudir en busca de ayuda.»

Las cuestiones de migración y sexo van unidas de forma indisoluble. Tal como observa Singhanetra-Renard:¹³ «Dado que las mujeres migrantes casi siempre tienen menor poder de negociación y menos derechos jurídicos que los residentes locales, en especial los varones, no puede ignorarse que la migración contribuye a victimizar a las mujeres y, en consecuencia, a propagar la infección por el VIH.» Otro riesgo específico de las migrantes es el tráfico mundial de mujeres, sindicado y en gran escala. Esas mujeres, la mayoría de ellas muy jóvenes y procedentes de países o comunidades económicamente deprimidos, pueden verse forzadas a comerciar con el sexo, lo que incluye a menudo tener relaciones sexuales no protegidas.¹⁴

Los trabajadores migratorios suelen verse sometidos a presiones específicas. Un documento de referencia de la OMS sobre las restricciones en los viajes a largo plazo y el VIH/SIDA¹⁵ señala: «Los Estados recién industrializados pueden acoger de buen grado a trabajadores migratorios. Pero es posible que, al mismo tiempo, intenten impedir que adquieran derechos de residencia a largo plazo, de modo que puedan enviarlos a casa si dejan de ser económicamente útiles a causa de cambios en el mercado laboral o por motivos de edad, enfermedad o incapacidad. También es posible que se impongan a los migrantes permisos de trabajo o contratos laborales de duración limitada, que garantizan al patrono y al país receptor que seguirán disponiendo de “una reserva rotativa de mano de obra temporal”».¹⁶

¹² Ibid, p. 105.

¹³ Singhanetra-Renard A. «Population movement and the AIDS epidemic in Thailand.» Comunicación presentada en el Seminario del IUSSP sobre Subculturas Sexuales y Migración en la Era del SIDA/ETS, Bangkok (Tailandia), marzo de 1994; p. 14.

¹⁴ Ybañez RFC. «Breaking Borders: Migration and HIV/AIDS.» *AIDS action*, nº 40, julio-septiembre de 1998.

¹⁵ OMS. *Background Paper: Long Term Travel Restrictions and HIV/AIDS*. Programa Mundial de la OMS sobre el SIDA, octubre de 1994; p. 4.

¹⁶ Papademetriou DG. «International migration in North America and Western Europe: trends and consequences.» En: Appleyard R (ed.). *International migration today: Volume 1, trends and prospects*. París, UNESCO, 1998; citado en el documento de referencia de la OMS (véase nota 15).

La OIT ha observado que, en general, los países adoptan uno de tres planteamientos frente a las políticas sociales relativas a los migrantes:

- Los países que, de entrada, aceptan a migrantes para que residan de forma permanente, como Australia y el Canadá, parecen más proclives a favorecer las políticas sociales dirigidas a la integración y el «multiculturalismo».
- Los países que expiden el estatuto de residente permanente después de varios años en el territorio tienen mayores probabilidades de centrarse en políticas de «asimilación».
- Los países que consideran básicamente a los migrantes como mano de obra temporal tienden a fomentar la repatriación voluntaria y la ayuda para la reintegración. Por ejemplo, Alemania no permite de entrada que los migrantes establezcan residencia definitiva, y dedica gran parte de sus objetivos de política social a promover la repatriación voluntaria a través del Organismo Coordinador para el Fomento de la Reintegración de los Trabajadores Extranjeros.

Alemania se ha convertido en uno de los principales destinos de migración en Europa. Oficialmente, casi el 10% de la población está compuesto por migrantes. Sin embargo, si se incluyera a las personas que viven y trabajan de forma irregular, el porcentaje sería sustancialmente mayor.

También hay tres tipos de estipulaciones relativas a la inmigración **ilegal** en las legislaciones y reglamentos nacionales: las dirigidas a los trabajadores migratorios en situación irregular; las pensadas para castigar a las personas que organizan o facilitan las migraciones clandestinas o ilegales, y las que penalizan la contratación y empleo ilegales de trabajadores migratorios. La OIT¹⁷ ha observado con preocupación que las medidas para combatir los movimientos clandestinos de migrantes se propugnaron inicialmente para incidir en la demanda –no en el suministro– de mano de obra clandestina; en la práctica, sin embargo, son muy habituales las sanciones contra los migrantes en situación irregular, tanto en los países remitentes como en los receptores. A veces, esas sanciones pueden dirigirse contra personas que dependen del migrante ilegal, más que contra el propio migrante; por ejemplo, una enmienda de 1996 en el estado de California (Estados Unidos) pretende desalentar la inmigración irregular impidiendo que los hijos de los migrantes no documentados accedan a la educación pública (desde la guardería hasta la universidad).

Entre 1989 y 1996 hubo más de 900.000 refugiados, 1,1 millones de desplazados internos y 4,2 millones de repatriados en la Comunidad de Estados Independientes (CEI). La degradación medioambiental también ha generado cientos de miles de migrantes ecológicos. Ha aumentado igualmente la migración transitoria, tanto legal como ilegal. Se estima que, sólo en la Federación de Rusia, están viviendo entre 500.000 y un millón de migrantes ilegales, sobre todo afganos, iraníes y kurdos iraquís. La emigración, en gran parte hacia la CEI, se ha incrementado espectacularmente desde países con conflictos bélicos ininterrumpidos, como Armenia, Georgia y Tayikistán.

Con algunas excepciones notables, el mayor número de migrantes actuales se ha desplazado por razones económicas, y, en contraste con la mayoría de los demás movimientos, el rango de edad de la población migratoria es muy similar al de la población general.

¹⁷ OIT. *Trabajadores migratorios*, 1999; *op. cit.*, p. 130.

Tal como se indica en la Actualización Técnica del ONUSIDA sobre Migración y VIH/SIDA,¹⁸ los movimientos de población han aumentado en los últimos años a causa de:

- Una mayor disponibilidad del transporte aéreo rápido y (relativamente) barato.
- La apertura de fronteras anteriormente cerradas, especialmente en los países de Europa oriental y la Comunidad de Estados Independientes (CEI), Sudáfrica y las zonas de economía libre de la costa este de China.
- El auge del comercio y las transacciones internacionales, junto con la liberalización de las prácticas comerciales y la promoción de zonas de libre negocio.
- La mayor sensibilización sobre estos desequilibrios, que afectan primordialmente a las poblaciones de los países más pobres.

Cabe esperar que los movimientos de población aumenten sustancialmente en todo el mundo durante los próximos años. La migración se ha basado siempre en el deseo de mayor prosperidad y/o la necesidad de huir de desastres civiles o naturales. Hacia el año 2000, sólo un 20% de la población mundial vivirá en países desarrollados, y la polarización económica puede contribuir a acrecentar la migración. De la misma forma, tal como ha señalado Gellert,¹⁹ los problemas ambientales asociados a la creciente industrialización, como la elevación del nivel de los mares a causa del calentamiento de la tierra, la desertificación y la deforestación, pueden provocar un aumento significativo en el número de refugiados ecológicos.

Teniendo en cuenta el número cada vez mayor de países que adoptan políticas para reducir la inmigración,²⁰ y dada la presión externa que ejerce la creciente movilidad mundial, también cabe esperar que en muchos países aumenten sustancialmente el número y la proporción de migrantes ilegales y marginados durante los próximos años.

B. Necesidades de salud e igualdad

Se reconoce que la salud es un derecho humano fundamental. La Constitución de la Organización Mundial de la Salud define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no simplemente la ausencia de dolencias o enfermedades». En relación con los no ciudadanos, la mayoría de los países ha definido sus obligaciones por lo que respecta a la asistencia esencial y asistencia en situaciones de emergencia, aunque este concepto se interpreta de diferentes maneras en los distintos países. Aun en el caso de los trabajadores migratorios aceptados oficialmente, no suelen existir normativas especiales que garanticen la igualdad real en el acceso a la salud (en comparación con los residentes nacionales).

Se han publicado diversos informes que documentan el reducido acceso de los migrantes a la asistencia sanitaria, y las repercusiones de salud que conlleva, en muchas partes del mundo.²¹ Bollini y Siem exponen que este deterioro asistencial se relaciona con la posición social inferior de los migrantes y las minorías étnicas en los países receptores.²² En sus palabras: «No sólo están expuestos a malas condiciones laborales y de vida, lo que ya es un determinante per se de mala salud, sino que también tienen un menor acceso a la asistencia sanitaria por diversas razones políticas, administrativas y culturales que no se aplican

¹⁸ ONUSIDA. *Actualización Técnica sobre Migración y VIH/SIDA*. ONUSIDA, 2000.

¹⁹ Gellert GA. «International Migration and Control of Communicable Diseases.» *Soc Sci Med*, vol. 37, nº 12, 1993; pp. 1.489-1.499.

²⁰ Véase, como ejemplo, *Crossing Borders*; *op. cit.*

²¹ Véanse, como ejemplos, Proyecto Europeo sobre SIDA y Movilidad: *AIDS & STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; the State of Affairs in Europa*, de Putter J (ed.), junio de 1998; Haour-Knipe M y Rector R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. Londres, Taylor & Francis, 1996; OIT: *Trabajadores migratorios*, Conferencia Internacional del Trabajo, 87ª. Sesión 1999, Informe III (Parte 1B), Ginebra, 1999; Mishra SI, Conner RF y Magana JR (eds.). *AIDS. Crossing Borders: The Spread of HIV Among Migrant Latinos*. Colorado, Westview Press, 1996.

²² Bollini P y Siem H. «No Real Progress towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the Year 2000», *Soc Sci Med*, vol. 41, nº 6, 1995; pp. 819-828.

necesariamente a la población nativa, y que varían en las diferentes sociedades y para los distintos grupos. El idioma, los diferentes conceptos de salud y enfermedad o la presencia de racismo son ejemplos de estas barreras selectivas.»²³

Por supuesto, los «migrantes» no forman un grupo homogéneo. Bollini y Siem observan que la tendencia general hacia una mala condición de salud varía de un grupo de migrantes a otro, e incluso entre los individuos de un mismo grupo. En cualquier caso, el enunciado genérico sigue siendo cierto en la mayor parte del mundo.

En general, la tendencia a que los migrantes tengan un menor acceso a la asistencia sanitaria –con el deterioro consiguiente del estado de salud– es más acusada para los recién llegados y para los «grupos» socialmente más desfavorecidos en la comunidad receptora (por ej., los magrebíes en Francia, los emigrantes de Bangladesh en el Reino Unido, los indonesios en Malasia). Tan²⁴ propone el término «distancia étnica» para ilustrar los elementos de las diferencias culturales y el riesgo inherente a los desplazamientos de un país a otro, aun en el caso de que estén implicados los mismos países remitentes y receptores. Utilizando el ejemplo de dos personas filipinas que se desplazan a Hong Kong por motivos de trabajo, Tan señala que la distancia étnica para una joven filipina de una pequeña aldea que va a trabajar como doméstica a Hong Kong es mucho más grande que la de un joven ejecutivo filipino que también se desplaza a Hong Kong para asumir un cargo importante en una multinacional. Esta distancia étnica puede ser aún más acusada cuando los países remitente y receptor tienen valores culturales extremadamente dispares.

Por otra parte, es habitual que los trabajadores migratorios con problemas de salud vuelvan a sus países de origen a causa de carencias económicas, falta de documentos de inmigración o por la propia enfermedad. Este retorno se relaciona cada vez más con el VIH/SIDA. Son muchos, y en muchos países, los migrantes que regresan para fallecer entre sus familiares o en sus comunidades natales.

Esto plantea cuestiones acerca del delicado equilibrio que deben mantener los gobiernos y los responsables de formular políticas entre reconocer que los migrantes pueden correr riesgo de infección en su nuevo entorno y evitar convertirlos –a causa de la tendencia habitual a culpar a los «demás»– en cabeza de turco por el hecho de llevar consigo el VIH a su país/comunidad. Una iniciativa reciente parece ser un buen ejemplo de cómo alcanzar este equilibrio: el Ministerio de Salud y Bienestar de Grecia está promoviendo un programa de información bajo el lema de «Cuidemos de la salud de los migrantes tanto como de la nuestra».

En el pasado, sin embargo, los planteamientos de este tipo han sido más bien excepcionales.

CARAM-Asia ha comunicado una serie de violaciones de los derechos humanos de los trabajadores migratorios que tienen un impacto sobre su salud y bienestar. Esta organización ha comprobado que muchos trabajadores migratorios en el sur y sudeste de Asia sufren unas condiciones laborales opresivas, como trabajar 12 horas diarias o más seis o siete días por semana; una alimentación inadecuada y un alojamiento insalubre proporcionados por los empleadores, y otras transgresiones. CARAM-Asia señala, asimismo, que los abusos físicos y sexuales constituyen otros riesgos laborales a los que se enfrentan muchos trabajadores migratorios. Todas estas condiciones de vida y de trabajo, severas y abusivas, pueden afectar directamente al sistema inmunitario y provocar así que los migrantes se vuelvan inmunodeprimidos frente a diversos tipos de enfermedades e infecciones, incluido el VIH.

²³ Ibid, p. 821.

²⁴ Tan M. «Migration and Risk», *AIDS action*, nº 40, julio-septiembre de 1998; p. 2.

Las estadísticas nacionales sobre incapacidad y mortalidad pueden subestimar en particular los datos correspondientes a los trabajadores migratorios semicualificados y no cualificados; por ejemplo, Egger et al.²⁵ constataron que las estadísticas suizas pasaban por alto un número significativo de personas de estos grupos que habían sufrido accidentes laborales e incapacidades relacionadas, pero que se habían marchado de Suiza al encontrarse demasiado incapacitadas o enfermas para trabajar.

A pesar de que a los trabajadores migratorios se los selecciona por su buena salud y capacidad para trabajar (el «efecto del migrante saludable»), hay pruebas de que en etapas más tardías de la vida muchos acaban con un carga sustancial de discapacidad (el «efecto del migrante agotado»).

Sin embargo, hay intervenciones específicas que pueden ser sorprendentemente eficaces; por ejemplo, Bollini y Siem²⁶ han observado que los resultados de los embarazos (nacidos muertos y mortalidad perinatal) en Suecia eran ligeramente mejores para las mujeres extranjeras que para las suecas, a pesar de que muchas procedían de países (especialmente Turquía) con tasas de mortalidad perinatal muy altas en comparación con Suecia. Los autores especulan que esto puede ser debido al hecho de que, tal como ha comunicado Sachs,²⁷ en Suecia se ha prestado una notable atención a comprender las diferencias culturales en la asistencia maternoinfantil entre las mujeres suecas y turcas, y a proporcionar servicios culturalmente apropiados.

Un área a menudo olvidada por lo que respecta a las necesidades de salud de los migrantes es la de los derechos reproductivos. La Conferencia de El Cairo de 1994 redefinió la salud sexual y reproductiva dentro de un marco ético. La Conferencia reconoció que:

- La omisión de abordar las necesidades de salud reproductiva de las personas es una cuestión de derechos humanos y justicia social.
- Las personas tienen derecho a tomar decisiones libres e informadas acerca de su vida reproductiva.
- Las personas tienen derecho a información y asistencia que les permitan proteger su salud y la de sus seres queridos.
- Las personas tienen derecho a beneficiarse de los progresos científicos en asistencia sanitaria.

La Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, ha afirmado que «definir la mala salud reproductiva no sólo como una cuestión de salud sino también como una cuestión de justicia social proporciona a los gobiernos una base jurídica y política para actuar».²⁸ También ha observado que «entre el 5% y el 15% de la carga de morbilidad mundial se asocia al hecho de no abordar las necesidades de salud reproductiva. Esa carga afecta a las personas –particularmente a las mujeres– en la flor de la vida, cuando su potencial, responsabilidades y productividad son máximos. A nivel mundial, entre las mujeres en edad fecunda, más del 20% de los años totales de vida saludable perdidos son debidos a tres grupos principales de afecciones de salud reproductiva: las enfermedades de transmisión sexual, incluido el

²⁵ Egger M, Minder CE y Smith GD. «Health inequalities and migrant workers in Switzerland», *Lancet* 816, 29 de septiembre de 1990.

²⁶ Bollini y Siem; *op. cit.*, p. 823.

²⁷ Sachs L. *Evil Eye or Bacteria. Turkish Migrants and Swedish Health Care*. Estudios de Estocolmo sobre Antropología Social, Universidad de Estocolmo, 1993.

²⁸ Organización Mundial de la Salud. *Declaración de la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General, Organización Mundial de la Salud, ICPD + 5 Forum, La Haya, 8-12 de febrero de 1999*; p. 6.

VIH/SIDA; la mortalidad y morbilidad asociadas a la maternidad, y los cánceres del aparato reproductivo. Otro 10% de años de vida saludable se pierde a causa de enfermedades que afectan al recién nacido.» Algunos datos anecdóticos parecen indicar que las mujeres migrantes están afectadas en cuantía desproporcionada.

Otra carencia importante en la mayoría de los países es la atención prestada al tema de la migración y la salud psicosocial. Tal como han afirmado Carballo y Siem: «El choque cultural que acompaña a menudo al primer contacto con un nuevo sistema sociocultural puede ser psicológicamente complejo e implicar mucho más que la simple negación de acceso a los servicios sanitarios y sociales locales. La integración social y la posterior aculturación son fenómenos complicados que involucran procesos de transferencia lingüística, social, cultural y conceptual que pueden despojar a los migrantes de todo lo que habían utilizado anteriormente y les había servido como base de su identidad. La emigración de personas de comunidades rurales y a menudo muy tradicionales... a grandes ciudades industriales puede suponer igualmente una confrontación de valores, expectativas y formas de vida radicalmente distintos. Se trata de un proceso cargado de problemas psicológicos y psicosomáticos que han permanecido mal comprendidos, y aún peor afrontados, por los países receptores.»²⁹

Aparte de cualesquiera cuestiones específicas, y tal como se ha observado en muchos países, la actitud predominante hacia la inmigración y los «extranjeros» (o subgrupos de «extranjeros») influye en la respuesta del sistema sanitario a sus necesidades especiales.

C. Concepto de adopción de riesgo personal

Diversos informes han documentado una asociación entre la movilidad humana y el mayor riesgo de infección por el VIH. Por ejemplo, Chardin comunicó que, si bien los migrantes constituyen el 6% de la población de Francia, el 14% de los casos notificados de SIDA corresponde a ese grupo de población.³⁰ Sin embargo, tal como señalan Decosas y Adrien,³¹ muchas de las investigaciones epidemiológicas adolecen de problemas porque suelen centrarse en los migrantes más que en los factores que incrementan la vulnerabilidad en las poblaciones móviles.

Ser migrante no es, en sí mismo y por sí mismo, un factor de riesgo; son las actividades realizadas durante el proceso de migración las que constituyen los factores de riesgo.

Las personas se desplazan por todo tipo de motivos: negocios, placer, huida de persecuciones políticas o conflictos armados, búsqueda de una vida mejor para sí mismas y para sus hijos. A veces esta movilidad no implica cruzar ninguna frontera; en China, por ejemplo, se considera que hay unos 100 millones de personas móviles que se desplazan entre las zonas rurales y urbanas, y de una zona urbana a otra.

Cada vez más, en comparación con generaciones anteriores, en diversos países muchas personas han pasado a ser «bilocales», o incluso «multilocales», dentro de un país o en un país diferente del suyo de origen. Particularmente en el caso de los estudiantes, pero cada vez más en el de muchas otras personas, un patrón de movilidad circular se ha conver-

²⁹ *Crossing Borders*; *op. cit.*, p. 36.

³⁰ Chardin C. «Access to new treatments for migrants living with HIV and AIDS: The Policy Maker's Point of View – the Political and Juridical situation in France.» En: *New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS & Mobility*. Clarke K y Bröring G (eds.); octubre 1999, p. 15.

³¹ Decosas y Adrien, 1997; *op. cit.*, p. 578.

tido en parte de la vida. Tal como indica Singhanetra-Renard respecto a Tailandia: «Tanto la población rural como la urbana realizan desplazamientos diarios al/del trabajo, migraciones estacionales, circulaciones periódicas a corto y a largo plazo por motivos de empleo, educación o entretenimiento, y también por otras razones de índole sociocultural.»³²

La movilidad de las personas tiende a perseguir oportunidades y tiene lugar con mayor frecuencia de zonas rurales a urbanas y/o de países más pobres a países más ricos. Pero es posible evidentemente que sea un tráfico bidireccional: los migrantes que prosperan en la ciudad o en otro país vuelven a menudo a sus aldeas originarias con signos de llevar una “buena vida”.

Y aunque la movilidad puede aumentar la vulnerabilidad y provocar que las personas adopten comportamientos de mayor riesgo, esto no es en absoluto axiomático. Por ejemplo, tal como escribe Tan:³³ «Es posible que las mujeres rurales no sean capaces de escapar de su baja condición social si se quedan en el pueblo. Su futuro está limitado a un matrimonio a edad temprana, a menudo con escaso poder de negociación y sin apenas apoyo para su salud sexual y reproductiva. La migración a las ciudades sigue siendo una opción para la movilidad social, y podría significar de hecho una mejor calidad de vida y de salud. El cambio a un entorno urbano, donde suelen discutirse más abiertamente las cuestiones relacionadas con la sexualidad, también puede resultar beneficioso.»

Sin embargo, una de las características de muchas personas móviles, especialmente las que se desplazan voluntariamente, es que adoptan riesgos: se aventuran pensando que un entorno diferente será beneficioso para ellas. Este concepto de adopción de riesgos puede repercutir posteriormente en las decisiones que toman en su vida privada.

A veces, las personas se desplazan con toda su familia. Sin embargo, éste no es el caso de gran parte de la mano de obra migratoria. En Asia existe un gran movimiento regional de mujeres trabajadoras que proporcionan servicios domésticos; en muchas otras partes del mundo, la migración de solteros es predominantemente masculina y sostiene sectores como la minería, la construcción y la agricultura.

El cambio de circunstancias puede conducir a un mayor riesgo personal: por ejemplo, la separación de la familia o de una pareja sexual habitual, el alojamiento en viviendas con personas del mismo sexo y las tensiones y vulnerabilidades propias del proceso de migración. Algunos tienen una necesidad extrema de dinero para comprar lo imprescindible o subsistir mientras encuentran trabajo. En otros casos, el anonimato de ser extranjero, especialmente en zonas de tránsito, puede incrementar las actividades sexuales. De la misma manera, la soledad, la frustración y la presión de los compañeros, junto con un acceso más fácil a las drogas, pueden hacer difícil a algunos resistirse a consumir drogas intravenosas. Y, por supuesto, están los vendedores de drogas, siempre dispuestos a explotar esta vulnerabilidad.

En determinados casos, las personas pueden desplazarse para realizar actividades ilegales o que se considerarían vergonzosas en su propio entorno. Por ejemplo, CARAM-Asia ha señalado que «miles de mujeres vietnamitas pobres acuden a Camboya para ganar [dinero] realizando actividades de comercio sexual... un tercio de las profesionales del sexo registradas (en ese país) ha nacido en Viet Nam».³⁴

³² Singhanetra-Renard; *op. cit.*, p. 2.

³³ Tan M; *op. cit.*, p. 2.

³⁴ *Coordination of Action Research on AIDS and Migration*; *op. cit.*, p. 20.

En muchos casos, la migración se relaciona con la idea de ascensión social. Según Singhanetra-Renard,³⁵ las formas de movilidad social para la población rural de Tailandia pueden incluir:

- «Un empleo remunerado seguro en la Administración, servicios o empresas de fabricación o comerciales, aunque sea en el eslabón más bajo de la jerarquía, como portero, jardinero o personal de limpieza, ya que esto significa una conexión con los ciudadanos de posición, política, económica o socialmente.
- Un empleo profesional, como policía, soldado, enfermera o secretaria, o cualquier otro cargo, incluido el trabajo en el sector informal, en el que los empleados lleven uniforme.
- Un empleo en empresas que simbolizan modernidad o influencia occidental, como campos de golf, discotecas, cafeterías, coctelerías o bares de karaoke.
- El matrimonio con un funcionario del Gobierno, un chino u otras personas que tengan posición, dinero o buenas relaciones.»³⁶

No obstante, Singhanetra-Renard también observa que los caminos hacia la movilidad social difieren entre los varones y las mujeres, y que éstas «a menudo toman un atajo por medio del comercio sexual».

El número y la proporción de las comunidades afectadas por la migración no es en absoluto insignificante; por ejemplo, algunas investigaciones en África han constatado que entre una quinta parte y una tercera parte de los varones y mujeres comunicaron que vivían separados de sus parejas sexuales habituales, lo cual tiene una de dos consecuencias importantes: la abstinencia sexual o tener múltiples parejas.³⁷

Esto puede conducir a resultados como los comunicados por Kane *et al.* En un estudio sobre el nexo entre migración y estado serológico respecto al VIH en aldeanos senegaleses, estos autores comprobaron que el 27% de los varones que habían viajado anteriormente a otros países de África y el 11,3% de sus esposas estaban infectados por el VIH. Por el contrario, en el grupo testigo (414 personas), que no había salido del Senegal en los 10 años previos, sólo un varón y una mujer eran VIH-positivos.³⁸

En México, el 25% de las personas que viven con el SIDA en regiones rurales tiene antecedentes de migración temporal a los Estados Unidos de América.

³⁵ Singhanetra-Renard; *op. cit.*, p. 9.

³⁶ *Ibid.*, p. 9.

³⁷ Cleland J y Ferry B. *Sexual Behaviour and AIDS in the developing world*. Londres, Taylor & Francis, 1996, citado en Haour-Knipe M y Aggleton P. «Social enquiry and HIV/AIDS», *Critical Public Health*, vol. 8 nº 4, 1998, p. 261.

³⁸ Kane F, Alary M, Ndoye I *et al.* «Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal.» *AIDS* 1993, 7: 1.261-1.265

III. Equilibrio de los tratados internacionales con los derechos de los Estados

A. Declaraciones pertinentes

La epidemia de VIH/SIDA ha mostrado un patrón constante según el cual la discriminación, marginación, estigma y, de forma más general, la falta de respeto por los derechos humanos y la dignidad de las personas y grupos afectados o en situación de riesgo tienden a incrementar su vulnerabilidad al VIH/SIDA.

Es esencial, pues, comprender y utilizar los instrumentos básicos de derechos humanos que establecen criterios internacionales con el fin de abordar esta cuestión. Los países más industrializados también tienen legislaciones nacionales contra la discriminación.

La Comisión de Gestión de los Asuntos Públicos Mundiales³⁹ afirmaba en *Our Global Neighbourhood*: «Con un origen comparativamente reciente, el derecho internacional comprende el cuerpo de normas jurídicas y principios que se aplican entre los Estados y también entre ellos y otras partes, incluidas la sociedad civil mundial y otras organizaciones internacionales. Los expertos habían razonado en el pasado que el derecho internacional no era una ley en sentido estricto porque no había una fuerza de policía internacional para hacerlo cumplir, ni sanciones si se desobedecía, ni una legislatura internacional. Pero con el creciente uso del derecho internacional, actualmente esos argumentos se oyen con menos frecuencia. [...] Aunque los Estados son soberanos, no son libres individualmente para hacer lo que quieran... las normas consuetudinarias mundiales restringen las libertades de los Estados soberanos.»⁴⁰

El derecho internacional y las declaraciones de derechos humanos establecen los principios de no discriminación, igualdad ante la ley, libertad de movimiento, derecho a solicitar asilo y disfrutarlo y otros principios humanitarios (véase el Apéndice).

La Declaración Universal de Derechos Humanos fue adoptada en 1948.⁴¹ La Declaración se cimenta en el principio fundamental de que los derechos humanos se basan en la «dignidad inherente» de cada persona. Esa dignidad, y los derechos a la libertad e igualdad que emanan de ella, se consideran inexcusables.

Aunque la Declaración no tiene la fuerza vinculante de un tratado, ha alcanzado aceptabilidad universal. Muchos países han citado la Declaración o han incluido sus disposiciones en sus propias constituciones o legislaciones básicas. Y sobre sus principios se han construido múltiples acuerdos, convenios y tratados de derechos humanos firmados desde 1948.

³⁹ La Comisión de Gestión de los Asuntos Públicos Mundiales fue establecida en 1992 en la creencia de que los desarrollos internacionales habían creado una oportunidad única para reforzar la cooperación mundial con el fin de afrontar los retos de asegurar la paz, alcanzar un desarrollo sostenible y universalizar la democracia. La Comisión estaba compuesta por un grupo independiente de 28 líderes mundiales con experiencia y responsabilidades diversas. Propusieron una «ética civil mundial» basada en la noción de equilibrar derechos y responsabilidades, e invocaron siete valores fundamentales que deben guiar la gestión de los asuntos públicos mundiales: respeto por la vida, libertad, justicia, igualdad, respeto mutuo, humanitarismo e integridad.

⁴⁰ *Our Global Neighbourhood: informe de la Comisión de Gestión de los Asuntos Públicos Mundiales*. Oxford University Press, 1995, p. 305.

⁴¹ Después de un escrutinio exhaustivo y 1.400 rondas de votación sobre casi todas las palabras y todas las cláusulas.

El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales entraron en vigor en 1976. Esos convenios llevan la Declaración Universal de Derechos Humanos un paso más allá al establecer disposiciones jurídicamente vinculantes. La mayoría de los países del mundo ha suscrito ambos pactos, lo que abre las puertas a la supervisión internacional de sus prácticas en materia de derechos humanos.

En concreto, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reconoce explícitamente el derecho de cada persona a disfrutar del nivel máximo alcanzable de salud física y mental. Además, el Artículo 2 (1) estipula que cada Estado que haya suscrito el Pacto debe tomar las medidas oportunas, individualmente y a través de la ayuda y cooperación internacionales, para alcanzar de forma progresiva los derechos establecidos en el Pacto.

Desde 1948 se han negociado en las Naciones Unidas unos 60 tratados y declaraciones de derechos humanos. Otros ejemplos adicionales son:

- Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial (1965).
- Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979).
- Convención sobre los Derechos del Niño (1989).
- Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de Todos los Trabajadores Migratorios y de sus Familias (1990).

Sin embargo, este último tratado aún no ha entrado en vigor porque requiere su ratificación por un mínimo de 20 gobiernos, y en mayo de 2000 sólo 12 países estaban en proceso de suscribirlo total o parcialmente: Azerbaiyán, Bosnia y Herzegovina, Cabo Verde, Colombia, Egipto, Filipinas, Marruecos, México, Senegal, Seychelles, Sri Lanka y Uganda. Por desgracia, ninguno de esos países es miembro del grupo G7,⁴² de las grandes potencias industriales o de los principales receptores de mano de obra migratoria; por tanto, aunque todos ellos lleguen a completar el proceso, el impacto general no será demasiado grande.

Conviene recordar que el derecho a entrar en un Estado está confinado a los nacionales de dicho Estado, y los Estados son sumamente discrecionales al elegir los motivos por los que excluir y expulsar a extranjeros. De todos modos, los tratados internacionales imponen ciertas limitaciones (aunque a menudo sólo de forma implícita) a las prerrogativas de los Estados. Además, tal como se declara en *Our Global Neighbourhood*: «Las normativas del derecho internacional –en particular de Derechos Humanos– ya están guiando a los jueces en las causas planteadas en países específicos, dado que intentan asegurar debidamente, en la medida en la que se lo permite su sistema jurídico, que se protejan a nivel nacional las normas y valores reconocidos universalmente.»⁴³

De hecho, Somerville y Wilson han expuesto que «debería darse por supuesto que todas las personas que visitan un país tienen derecho de entrada, a menos que el Estado pueda justificar su exclusión; que, aun cuando el Estado esté capacitado para excluir a migrantes, incluso por motivos médicos, la exclusión se atiene a los principios de los derechos humanos y la justicia, y que nunca se excluye a refugiados por razones de inadmisibilidad médica».⁴⁴

⁴² Los siete países reconocidos como principales potencias económicas internacionales.

⁴³ *Our Global Neighbourhood*; *op. cit.*, p. 325.

⁴⁴ Somerville MA y Wilson S. «Crossing Boundaries: Travel, Immigration, Human Rights and AIDS», *McGill Law Journal*, 1998, vol. 43, p. 782.

Análogamente, Ngwena sostiene que «a pesar de la inclinación de los gobiernos a tratar el acceso a la asistencia médica como un privilegio más que [como] un derecho, éste no es un derecho menor que otros, como el derecho a la vida, la dignidad humana y la libertad, que se inscriben de forma ambigua en las constituciones nacionales».⁴⁵ Ngwena observa que Tomasevski⁴⁶ (entre otros) ha constatado que en los instrumentos internacionales de derechos humanos no se cuestiona el reconocimiento y aceptación del derecho universal a la asistencia sanitaria. Lo que se sopesa son los parámetros y la aplicabilidad de tal derecho.

De todas formas, cabe esperar que una próxima declaración del Comité de las Naciones Unidas de Derechos Económicos, Sociales y Culturales reafirme su interpretación de que la salud es un derecho humano fundamental en sí mismo y una condición previa indispensable para el ejercicio de otros derechos humanos.

La OMS fue la primera organización internacional que definió la salud como un derecho humano. La Constitución de la OMS, aprobada en 1946, reconoce que «El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano». La Constitución de la OMS define la salud como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades».

Desde entonces se han adoptado diversos instrumentos de derechos humanos –tratados, resoluciones, recomendaciones– que propugnan la salud como derecho humano e incluyen numerosas disposiciones que remiten a la descripción genérica de la salud establecida en la Constitución de la OMS. Ésta no implica que todas las personas tengan el derecho a estar sanas, sino que, por encima de todo, impone a los Estados el deber de respetar, proteger y cumplir las aspiraciones englobadas en la definición de salud de la OMS.⁴⁷

El derecho a unas condiciones de vida y trabajo saludables, el derecho a educación sobre la salud y el derecho a una asistencia sanitaria accesible y asequible son tres ejemplos de derechos que los gobiernos deberían garantizar para sus poblaciones migratorias.⁴⁸

Al discutir las restricciones del movimiento interfronterizo, conviene señalar en general que «las restricciones dirigidas a reducir o reglamentar la inmigración son impuestas principalmente **por** países que son desarrollados o se encuentran en una fase intermedia de desarrollo, pero pueden afectar con fuerza **a** los nacionales de los países en desarrollo que están sujetos a ellas».

También hay que subrayar que las restricciones que discriminan a las personas con la infección por el VIH o con SIDA, o a las personas de países con altas tasas de casos de SIDA notificados, violan diversas disposiciones del derecho internacional (y en muchos casos también del derecho nacional) que prohíben la discriminación.⁴⁹

⁴⁵ Ngwena C. *AIDS and Right of Access to Treatment: The Scope and Limits*. Comunicación presentada en la XI Conferencia Internacional sobre SIDA y ETS en África, Lusaka (Zambia), 12-16 de septiembre de 1999, p. 2.

⁴⁶ Tomasevski K, 1995. Health rights. En: Eide A, Krause C y Rosas A (eds.), 1995. *Economical, social and cultural rights: A textbook*. Dordrecht, Boston, Londres, Martinus Nijhoff Publishers, pp. 125-142; Montgomery J, 1992. Recognising a right to health. En: Beddard R y Dilys DM (eds.), 1992. *Economical, social and cultural rights: Progress and achievement*. Nueva York, St. Martin's Press, pp. 184-203, en 184-186.

⁴⁷ Hendriks A. «The Right to Health and Access to New Treatments.» En: European Project AIDS & Mobility: *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS & Mobility*. Clarke K y Bröring G (eds.), octubre de 1999, p. 8.

⁴⁸ CARAM-Asia.

⁴⁹ Somerville MA y Orkin AJ. «Human rights, discrimination and AIDS: concepts and issues», *AIDS* 1989, 3 (supl. 1): S283-287.

En 1996, el ONUSIDA y la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos elaboraron unas directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos. Con financiación del ONUSIDA, en 1997 el Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA (ICASO) preparó y distribuyó (en español, francés e inglés) un resumen de las directrices para las ONG y una guía para la promoción de las directrices,⁵⁰ que incluían consejos sobre cómo utilizar las directrices para fortalecer la respuesta a la epidemia y reducir la vulnerabilidad de las comunidades afectadas.

Las directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos se presentaron en la quincuagésimo tercera sesión de la Comisión de las Naciones Unidas de Derechos Humanos, en abril de 1997. En la quincuagésimo quinta sesión, en abril de 1999, la Comisión adoptó una resolución por la que pedía a los gobiernos que le notificaran, en su quincuagésimo séptima sesión, en 2001, las medidas que habían adoptado para promover y ejecutar las directrices.⁵¹

En las directrices internacionales se hace referencia a la Declaración de Viena y al Programa de Acción adoptado en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos en junio de 1993. Esta Declaración reafirmaba que «Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí. (...) Debe tenerse en cuenta la importancia de las particularidades nacionales y regionales, así como de los diversos patrimonios históricos, culturales y religiosos, pero los Estados tienen el deber, sean cuales fueren sus sistemas políticos, económicos y culturales, de promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales.»⁵²

Más allá del sistema jurídico formal, tal como se ha observado en *Our Global Neighbourhood*, «las capacidades técnicas, organizativas y de presión de algunas ONG constituyen un medio eficiente de lograr una mayor observancia. Animamos a esos grupos a que continúen presionando a los gobiernos, instituciones multilaterales, empresas transnacionales y otros sujetos del derecho internacional para que cumplan sus obligaciones jurídicas internacionales».⁵³ La autora de la presente comunicación añadiría lo siguiente: «y cubran las necesidades éticas y económicas mundiales implícitas».

B. Propagación internacional de enfermedades

Desde mediados del siglo XIX, y especialmente desde el establecimiento de la OMS, se ha desalentado el uso de medidas restrictivas como respuesta a las enfermedades infecciosas.⁵⁴ El Reglamento Sanitario Internacional exige que los Estados Miembros de la OMS se abstengan de imponer restricciones por enfermedades no sometidas a reglamentación; la infección por el VIH y el SIDA no están incluidos en el Reglamento.

⁵⁰ Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA. *Guía para la Promoción de las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos y Resumen para las ONG de las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos*, octubre de 1997.

⁵¹ Resolución 1999/49.

⁵² Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos/ONUSIDA. *El VIH/SIDA y los derechos humanos. Directrices internacionales*. Organización de las Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra, 1998, p. 40.

⁵³ *Our Global Neighbourhood*; *op. cit.*, p. 327.

⁵⁴ Allin NE. «The AIDS Pandemic: international travel and immigration restrictions and the World Health Organization's Response», *Virginia J Int Law* 1988, 28: 1.043-1.063.

Tal como ha afirmado Wahdan: «Una de las principales finalidades por las que se adoptó el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) es poner un cierto orden en la situación caótica que podría desarrollarse si cada país impusiera reglamentos de la manera que quisiera: unos reglamentos dirigidos a proteger a su población contra la aparición de enfermedades que ya están afectando a otros países.

El RSI pretende ser un código de prácticas universal para normalizar los procedimientos que deben seguir todos los países a fin de controlar las enfermedades. [...] Especifica qué debería hacerse, quién debería hacerlo y con qué propósito (se trate de la notificación o de la implantación de medidas preventivas y de control).

El sentido normativo del antiguo reglamento, reflejado en el énfasis que ponía en la cuarentena de los casos y contactos, ha dado paso a medidas más sensibles de salud pública. Las enmiendas al RSI hacían hincapié en el hecho de que la principal estrategia –y el mecanismo de defensa más eficaz– contra la propagación de las enfermedades consiste en una mejor vigilancia que permita detectar y afrontar los focos de infección en sus etapas iniciales.»⁵⁵

La llegada del VIH y la aparición (o reaparición) de otras enfermedades infecciosas básicas han dado lugar a una revisión sustancial del papel de los instrumentos como el RSI en la protección de la salud pública mundial, y de cómo se implantan tales instrumentos internacionales.

Por ejemplo, Fidler⁵⁶ señala: «La crisis del VIH/SIDA ilustra con dramatismo las debilidades del reglamento sanitario. Dado que el SIDA no fue sometido originalmente (ni posteriormente) al reglamento, los Estados no impusieron –y siguen sin imponer– requisitos de notificación respecto a esta nueva enfermedad. Además, a medida que el VIH/SIDA se iba propagando por todo el mundo, muchos Estados adoptaron políticas excluyentes que, según los expertos, violaban las disposiciones del reglamento sanitario. En relación con una de las mayores crisis de este siglo a causa de enfermedades, algunas partes del Reglamento Sanitario Internacional no eran pertinentes y otras se violaban abiertamente.»⁵⁷

Fidler, sin embargo, no cree que existan problemas inherentes en el derecho internacional sino, más bien, una falta previa de atención a su aplicación. Según observa: «En relación con las infecciones emergentes, la OMS propugna una estrategia jurídica internacional recomendando la revisión del Reglamento Sanitario Internacional. Esta recomendación sugiere que la OMS reconoce la necesidad de un acuerdo jurídico internacional para afrontar las infecciones emergentes. La amenaza mundial que plantean esas infecciones representa, en muchos aspectos, un pleito de ensayo para el derecho internacional de salud pública.»⁵⁸

Fidler sugiere algunas posibles estrategias con miras al futuro, incluidas las enseñanzas derivadas de los progresos en el área ambiental internacional.

⁵⁵ Wahdan MH. «Shortcomings in the Current Version of the International Health Regulations and Difficulties in their Implementation.» *Consulta informal de la OMS para revisar la respuesta internacional a la epidemia y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional*, diciembre de 1995, EMC/IHR/GEN/95.4.

⁵⁶ Fidler DP. «Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases», *Emerging Infectious Diseases*, vol. 2, nº 2, abril-junio de 1996.

⁵⁷ *Ibid*, p. 80.

⁵⁸ *Ibid*, p. 80.

C. El efecto de la mundialización

La creciente mundialización de todas las sociedades humanas está provocando una cierta reconsideración del concepto de soberanía total del Estado dentro de las fronteras de un país. Por supuesto, los grandes crímenes contra los derechos humanos, como el genocidio, siempre han atraído la atención externa, pero existe un reconocimiento y una comprensión crecientes de que lo que afecta a unos afecta a todos.

La «aldea mundial» es mucho más que un mercado mundial: en una aldea mundial hay una sola salud pública mundial.

La tuberculosis (TB) proporciona un buen ejemplo al respecto: en Australia, Hong Kong (China), Malasia y Singapur, el número de casos de tuberculosis no ha disminuido desde hace algunos años debido a la incidencia de esa enfermedad entre los nuevos migrantes.⁵⁹

Por desgracia, el VIH está causando una epidemia asociada y creciente de TB en muchos de los países más afectados, y aunque la TB puede detectarse fácilmente mediante una exploración física, también puede transmitirse con relativa facilidad –a diferencia del VIH– en un entorno laboral o una relación social. En septiembre de 1999, en un discurso en el plenario con motivo del XI-ICASA, el Dr. Okware, del Ministerio de Salud de Uganda, indicó que «en algunas partes de África, la incidencia de tuberculosis está creciendo a un ritmo alarmante, que llega a veces al 8% anual».

Aunque el bacilo de la TB puede infectar con mayor facilidad a las personas debilitadas por el VIH, muchas ya lo tienen desde la infancia. A nivel mundial, millones de personas están infectadas simultáneamente por el VIH y el bacilo de la tuberculosis, y en los países en desarrollo existe un potencial enorme de ulterior crecimiento de la coinfección, teniendo en cuenta la prevalencia abrumadora de portadores de la TB en la población general (alrededor del 30%) y las casi 6 millones de nuevas infecciones anuales por el VIH. También es previsible que el incremento exorbitante de la incidencia de TB en todo el mundo⁶⁰ se asocie a la aparición de un número significativo de cepas de TB farmacorresistentes. Y quizá a la posterior propagación de cepas de TB polifarmacorresistentes tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

Así pues, en los países en desarrollo, la demora en combatir la infección doble por el VIH/TB mediante una búsqueda activa de casos y un tratamiento más intensivos de la TB –la tuberculosis puede curarse con antibióticos independientemente de que la persona esté infectada o no por el VIH– puede conducir directamente a problemas importantes para el sector sanitario de todos los países.

Our Global Neighbourhood apunta que «la soberanía ha sido la piedra angular del sistema interestatal. Sin embargo, en un mundo cada vez más interdependiente, las nociones de territorialidad, independencia y no intervención han perdido parte de su significado. En ciertas áreas, la soberanía debe ejercerse colectivamente, en especial por lo que respecta a los valores comunes a todo el mundo. Hoy día, las amenazas más graves para la soberanía nacional y la integridad territorial tienen a menudo raíces internas.

⁵⁹ *Tuberculosis in the Western Pacific*. Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 1999.

⁶⁰ En los países industrializados, una cuarta parte de todos los casos de TB corresponde a personas mayores de 65 años, en comparación con sólo el 10% en los países en desarrollo de África, Asia y América Latina. En el mundo en desarrollo, la TB es principalmente una enfermedad de adultos jóvenes: el 60% de todos los casos son varones y mujeres jóvenes en edad fecunda. La TB también tiene implicaciones importantes de sexo: la tuberculosis es actualmente la enfermedad infecciosa que más mujeres mata en todo el mundo, y la principal causa de mortalidad entre las mujeres en edad fecunda.

Los principios de soberanía y no intervención deben adaptarse de forma que reconozcan la necesidad de equilibrar los derechos de los Estados con los derechos de las personas, y los intereses de las naciones con los intereses de la “aldea mundial”.»⁶¹

En la misma línea, Christakis razona que hay algunos problemas que no son de índole mundial sino internacional, y cita la polución, el agotamiento del ozono, la proliferación de armas, el hambre y el SIDA como ejemplos de problemas basados en «la interrelación directa del problema en un país con el problema en otro». ⁶²

En el pasado, gran parte de las políticas sobre los migrantes se ha centrado en la probabilidad de que se conviertan en una carga para los servicios sanitarios y sociales del país receptor: así, hay una serie de países que exigen que la persona sea VIH-negativa para entrar o renovar el permiso de trabajo.^{63, 64, 65} (Se observan restricciones tanto en países con un número muy alto de casos notificados como en los que tienen pocos casos.)⁶⁶ Conviene señalar que las restricciones pueden acabar incrementando la vulnerabilidad de los migrantes a la infección por el VIH al minar la confianza, acrecentar la hostilidad y desalentar a las personas que pueden estar infectadas en su búsqueda de asesoramiento y apoyo.⁶⁷

Las restricciones aportan muy pocos beneficios a cualquier país. En palabras de Gilmore: «Más de 60 países prohíben la entrada a una o más clases de extranjeros infectados por el VIH. A menudo esto se hace en un intento mal orientado de prevenir la transmisión del VIH o evitar el gasto público que acarrea la asistencia de la infección. En la primera de ambas situaciones, el problema sería menor si las personas que ya residen en el país no se expusieran al VIH; excluir a los extranjeros infectados no modifica en nada el comportamiento de los que no son extranjeros. La carga económica atribuida a los individuos infectados por el VIH no reconoce que los extranjeros infectados acostumbran a trabajar, contribuir a su nueva sociedad y enriquecerla aportando nuevos valores y conocimientos especializados al país.»⁶⁸

En general, se ha prestado una atención relativamente escasa a los peligros económicos (y éticos) de desatender las necesidades de salud de estos trabajadores.

Dado que la mayoría de los migrantes son adultos en la flor de su vida productiva y reproductiva, con un potencial máximo para generar ingresos, el VIH podría tener efectos económicos y sociales devastadores si una gran parte de este colectivo considerable deja de contribuir a la sociedad. Esta situación ya ocurre en muchos países de África, y está adquiriendo una importancia creciente en otras partes del mundo con grandes poblaciones móviles.

El documento de referencia del ONUSIDA de 1998 señala: «Mientras la migración ilegal e indocumentada siga considerándose sólo en relación con la seguridad y los intereses nacionales, se descuidará la salud pública.»⁶⁹ Sin embargo, esta comunicación adopta

⁶¹ *Our Global Neighbourhood*; *op. cit.*, p. 337.

⁶² Christakis NA. «Responding to a Pandemic: International Interests in AIDS Control». En: Graubard SR (ed.). *Living with AIDS*, Cambridge (MA), MIT Press, p. 330.

⁶³ Duckett M y Orkin AJ. «HIV/AIDS-related migration and travel policies and restrictions: a global study.» *AIDS* 1989; 3 (supl. 1); S231-252.

⁶⁴ Archiv für Sozialpolitik AIDS Archiv. «Restrictions of entry and residence for people with HIV/AIDS: a global survey.» Frankfurt am Main, 1991.

⁶⁵ Laboratory Centre for Disease Control, Health Canada: *Countries with HIV-Related Entry Restrictions*, diciembre de 1996.

⁶⁶ Muchos países adoptan un doble criterio: políticas y prácticas compasivas en relación con el VIH/SIDA para sus propios ciudadanos, pero un enfoque que supone la muerte económica para los migrantes.

⁶⁷ Actualización Técnica sobre *Migración y VIH/SIDA*; *op. cit.*

⁶⁸ Gilmore H. *Human Rights Issues and Migration*. Presentación en la Decimo segunda Conferencia Mundial sobre el SIDA, Ginebra (Suiza), julio de 1998.

⁶⁹ ONUSIDA. *Migración y VIH/SIDA*. Comunicación preparada para la reunión de la Junta Coordinadora del Programa del ONUSIDA, diciembre de 1998, p. 5.

una perspectiva más amplia y expone que, en la medida en la que se desatienda **cualquier** segmento de la población (legal o ilegal) por lo que respecta a la salud pública, la respuesta mundial al SIDA será limitada y habrá costos y sufrimiento concurrentes.

La Conferencia de Alma Ata (1978) emprendió una revisión en profundidad de los principios y la esencia subyacentes de los sistemas de asistencia sanitaria, y condujo a un compromiso renovado con una estrategia de atención primaria como primer paso para una mejora sustancial de la salud en cualquier país.⁷⁰ Sin embargo, en Alma Ata no se consideraron las repercusiones sanitarias de una recesión mundial y de la mundialización, ni tampoco la necesidad de un desarrollo sostenible centrado en el hombre.

En cualquier caso, la declaración de Alma Ata afirmaba que «la consecución de la salud, por parte de la población de un país, directamente afecta y beneficia a cualquier otro país».

El futuro requerirá una acción mundial más enérgica para proteger y mejorar la salud local y nacional, teniendo en cuenta la interdependencia de la salud entre los países.

⁷⁰ Organización Mundial de la Salud. 1978. *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978.

IV. Acceso a la salud

A. Financiación de la asistencia sanitaria

La asistencia sanitaria puede estar financiada principalmente por el gobierno, por el sector privado o por ambos a la vez. Los gobiernos también determinan las prioridades al destinar los fondos disponibles: en Zambia, por ejemplo, sólo se dedica a atención de salud el 0,8% del producto nacional bruto (PNB), en comparación con un 7-10% en los países más industrializados.

Conviene señalar que los recursos financieros para la salud se generan en su práctica totalidad **dentro** de los países. Esta situación no varía ni siquiera en aquellos países que reciben una ayuda internacional para el desarrollo significativa de fuentes como bancos para el desarrollo, organismos bilaterales de desarrollo, organizaciones no gubernamentales internacionales, fundaciones y organismos de las Naciones Unidas. Por ejemplo, en 1994 el gasto sanitario en los países de ingresos bajos y medianos totalizó unos US\$ 250.000 millones, de los cuales sólo US\$ 2.000-3.000 millones procedieron de ayuda para el desarrollo.

La reforma sustancial de los sistemas sanitarios de muchos países en los últimos decenios ha conducido a menudo a una privatización significativa o a un aumento importante del pago compartido por los pacientes. La Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, afirma en su introducción al *Informe sobre la salud en el mundo 1999* que «La labor desplegada por los gobiernos para universalizar la atención sanitaria ha propiciado los importantes progresos realizados en los últimos años, pero muchos gobiernos han sobrepasado sus límites. Querer poner todos los servicios a la disposición de todos ha dado lugar a racionamientos arbitrarios, a injusticias, a una falta de respuesta a las necesidades y a un financiamiento insuficiente de los servicios esenciales». La Dra. Brundtland observa que los gobiernos no pueden «dispensar y financiar la totalidad de los servicios para todos», pero también rechaza el planteamiento de racionar los servicios de salud y limitarlos a aquellos que puedan pagarlos: «No sólo ese sometimiento al mercado para financiar la salud trae consigo desigualdades intolerables en el disfrute de un derecho humano fundamental, sino que, además, la investigación y la experiencia muestran cada vez más que el mercado de la salud es ineficiente. (...) Pero los países que se han fiado grandemente de esos mecanismos para obtener los elevados ingresos de que disfrutaban hoy son los países donde el financiamiento de los servicios de salud más depende del Estado.»⁷¹ La Dra. Brundtland concluye con un llamamiento a todos los países para que introduzcan cambios que aseguren una reglamentación participativa, justa y eficiente del sector sanitario.

En muchos países en desarrollo, y debido a múltiples factores, los centros sanitarios están a menudo mal equipados, no siempre disponen de fármacos y, en el caso concreto de las ETS/VIH, ofrecen unos servicios preventivos y asistenciales de baja calidad. Una comunicación reciente de la OMS abordó el uso de los recursos en los países pobres: «Los sistemas nacionales de salud tienden a gastar dinero en intervenciones de mala calidad y escaso impacto.»⁷² Y por supuesto, en algunos países en desarrollo, la mortalidad creciente

⁷¹ OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 1999: Cambiar la situación*. Organización Mundial de la Salud, 1999, p. xiv.

⁷² OMS. «The Global Health Priority: Reducing the burden on the poor», *World Health Opportunity: Developing Health, Reducing Poverty. Meeting Report*, mayo de 1999, p. 36.

entre el personal sanitario a causa del VIH ha empezado a afectar directamente al suministro de servicios de salud.

La mayoría de los países industrializados proporciona un seguro sanitario universal o general a todos los nacionales y residentes permanentes legales; así, la carga de la asistencia sanitaria no suele ser significativa para ningún individuo, y, en concreto, el costo de los fármacos es relativamente barato, en contraste radical con lo que ocurre en la mayoría de los países en desarrollo.⁷³

En el mundo en desarrollo, incluso entre países vecinos, puede haber una prestación muy distinta de los servicios de salud; por ejemplo, Burkina Faso, Ghana y Togo tienen un gran número de trabajadores interfronterizos, pero los migrantes enfermos acuden principalmente a dispensarios de Ghana (cruzando a veces la frontera por este simple motivo) porque sus servicios sanitarios son los más baratos de los tres países.

Dado que, a causa de la movilidad mundial, los riesgos para la salud no pueden tratarse adecuadamente si sólo se abordan dentro de las fronteras nacionales, muchos países industrializados proporcionan ayuda financiera para la sanidad a determinados países en desarrollo. Por ejemplo, en 1997 se creó el Programa Neozelandés de Salud en la Región del Pacífico Sur (NZODA) como consecuencia directa de la preocupación de Nueva Zelanda por las tendencias adversas de salud en las islas vecinas del Pacífico, especialmente las que mantienen relaciones más estrechas con Nueva Zelanda.⁷⁴

Otra cuestión es el costo diferencial del acceso a la atención de salud entre los nacionales/residentes legales y los demás migrantes. Muchos países industrializados permiten que los migrantes legales tengan acceso gratuito a asistencia sanitaria, pero exigen que los no residentes reembolsen todo el costo de la asistencia. En unos pocos países, la prestación de asistencia sanitaria también puede estar regulada por acuerdos bilaterales o multilaterales, de modo que los nacionales de cualquier país suscriptor puedan gozar de asistencia sanitaria completa en un país distinto del suyo de origen. Por ejemplo, Australia tiene acuerdos bilaterales con Finlandia, Holanda, Italia, Malta, Nueva Zelanda, Reino Unido y Suecia.

B. La «nueva» salud pública

Uno de los principios fundamentales de la salud pública es que los logros importantes en salud requieren el desarrollo de programas de prevención e intervención inmediata. Las mejoras en el estado de salud de la población durante el siglo XX ejemplifican este principio.

Los cambios ambientales, sociales y personales que promueven la salud y previenen la aparición y desarrollo de enfermedades son los enfoques más prometedores con miras al futuro, ya que se reconoce de forma general que la terapia y la rehabilitación siempre han

⁷³ «Las desigualdades son impresionantes», afirma el Dr. Jonathan Quick, director de Medicamentos Esenciales y Otras Medicinas de la OMS. «En los países desarrollados, un plan terapéutico con antibióticos puede adquirirse por el equivalente al salario de dos o tres horas. El tratamiento de la infección por el VIH durante un año cuesta el equivalente al sueldo de cuatro a seis meses. Y se reembolsa la mayor parte del costo de los medicamentos. En los países en desarrollo, un ciclo completo de antibióticos para curar una neumonía simple puede costar el equivalente al salario de un mes. En muchos de estos países, el tratamiento del VIH durante un año --si es que puede adquirirse-- costaría los ingresos de 30 años de trabajo. Y la mayoría de las familias tiene que comprar las medicinas con dinero de su propio bolsillo.» Cita tomada del comunicado de prensa WHA/13, 22 de mayo de 1999, *WHO to Address Trade and Pharmaceuticals*.

⁷⁴ Ministerio de Comercio y Asuntos Extranjeros de Nueva Zelanda. *NZODA Regional Health Programme Initiatives, 1997-1999*.

sido insuficientes por sí mismas para controlar las enfermedades. Para conseguir resultados de este tipo se requiere un plan de prevención activa.

Esta percepción ha conducido durante los últimos 20 años al desarrollo de una «nueva» salud pública, una salud pública que se base menos en la exclusión y la evaluación sistemática (screening) y que avance hacia una mayor inclusión y cooperación dentro de las subpoblaciones pertinentes. Con un énfasis creciente en la prevención de las enfermedades, dirigida principalmente a reducir el tabaquismo y los riesgos cardiovasculares, se ha producido un cambio sustancial en el enfoque de salud pública por lo que respecta a la modificación de comportamientos en relación con la población, después de que quedara claro que los modelos coactivos eran ineficaces.

En palabras de Haour-Knipe:⁷⁵ «Este [nuevo] modelo, un modelo de aprendizaje social, de inclusión y cooperación, supone la reducción del daño; persuasión para modificar modos de vida relacionados con la enfermedad; educación; asesoramiento y pruebas voluntarias, y protección de la intimidad y los intereses sociales. Cuando el énfasis se desplaza del control para centrarse en la información, y cuando los presupuestos básicos se transforman en un cambio epistemológico crítico, se abandonan los cálculos de riesgos, infructuosos y potencialmente nocivos, y todos los segmentos de la población se sitúan al mismo nivel. La suposición que subyace a las medidas obligatorias (que las personas se comportarán necesariamente de forma irresponsable) se sustituye por la premisa contraria (que las personas capacitadas se comportarán con responsabilidad). Estas normas básicas sirven, en primer lugar y por encima de todo, para proteger vidas y evitar la propagación de la enfermedad y, en segundo lugar, para trabajar en colaboración con aquellos a los que hay que proteger a fin de desarrollar y utilizar sus propias posibilidades de evitar riesgos.»

Gran parte de este «nuevo» enfoque se resume en los cinco principios de la Carta de Ottawa:⁷⁶

- Elaborar políticas públicas sanas.
- Crear entornos que apoyen la salud y opciones de mejora de la salud.
- Reforzar la acción comunitaria.
- Ayudar a las personas a desarrollar las aptitudes necesarias para elegir opciones que mejoren la salud.
- Reorientar los servicios sanitarios hacia la prevención y la intervención temprana.

Desafortunadamente, aunque en los últimos 20 años ha habido generalmente un cambio de mentalidad en el enfoque adoptado por los especialistas en salud pública, en muchos países la legislación y reglamentos continúan reflejando planteamientos y actitudes anticuados. Tanto en los países industrializados como en el mundo en desarrollo siguen vigentes diversas restricciones (basadas normalmente en el enfoque legislativo tradicional sobre enfermedades infecciosas/salud pública, propio del siglo XIX). Muchas de estas disposiciones no se aplican en la práctica (y, en el caso del mundo en desarrollo, la escasa inmigración hace que su aplicación sea aún más limitada), pero, en cualquier caso, las restricciones están ahí y pueden utilizarse jurídicamente.

⁷⁵ Haour-Knipe M. Social Enquiry and HIV/AIDS. Documento de referencia preparada para la XIV Conferencia Internacional sobre Ciencias Sociales y Medicina. Peebles (Escocia), 2-6 de septiembre de 1996.

⁷⁶ Carta de Ottawa, WHO/HPR/HEP/95.1. Carta adoptada en una Conferencia Internacional sobre Fomento de la Salud, noviembre de 1986.

Fluss⁷⁷ señala que «incorporar en los estatutos de las enfermedades transmisibles los principios de la valoración objetiva de riesgos, la evaluación de la eficacia y la minimización de las cargas sobre los derechos humanos favorece la adopción de decisiones basadas en hallazgos racionales y científicos más que en el miedo o la ignorancia públicos».

C. Niveles de acceso

Los migrantes tienden a ocupar una posición relativamente vulnerable por lo que se refiere al acceso a la salud en la sociedad receptora, y ello a causa de factores generales como obstáculos idiomáticos, diferentes conceptos de salud y enfermedad y racismo entre los proveedores de servicios y la población general. Además, los migrantes indocumentados, en particular, tendrán a menudo una vivienda y unas condiciones laborales insalubres, y es posible que sean explotados a cambio de un salario mísero. Muchos migrantes pueden carecer de dinero para comprar servicios de salud o ser incapaces de acudir a los servicios locales debido a su situación legal.

Estos problemas generales se complican a menudo en relación con el VIH/SIDA y, en menor medida, con las ETS.

A veces los gobiernos pueden añadir directamente obstáculos adicionales para el acceso a la asistencia sanitaria incluso de los migrantes legales. Por ejemplo, tal como ha señalado Bronfman: «El Congreso de los Estados Unidos, motivado presumiblemente por la creencia de que los migrantes autorizados y no autorizados tienen una participación “excesiva” en los programas de asistencia pública, aprobó disposiciones relativas a los migrantes como parte de la Ley de Reforma de la Inmigración Ilegal y Responsabilidad de los Inmigrantes de 1996. Esa ley restringe el acceso a los programas de asistencia social incluso para los migrantes autorizados.»⁷⁸

Sin embargo, los obstáculos a la asistencia sanitaria pueden variar considerablemente entre los países. Decosas observa que en el contexto de África «algunos trabajadores migratorios y sus familias reciben de hecho servicios de salud superiores a los disponibles en sus comunidades de origen, y a veces incluso superiores a los disponibles en las comunidades receptoras».⁷⁹

Se han desarrollado diversos proyectos específicos dirigidos a mejorar el acceso. Algunos de estos planteamientos se citan posteriormente en el apartado cinco del presente documento. Desafortunadamente, pocos de ellos tratan la cuestión del acceso a la prevención y la asistencia en el país de origen, las zonas de tránsito y el destino final de los migrantes. Es necesario abordar todos los puntos de este proceso continuo de la migración si se pretende que los migrantes logren un acceso pleno a su derecho a la salud.

Tal como indica Gilmore:⁸⁰ «Cuando se priva a los no nacionales de oportunidades para ser saludables, esto no sólo pone en peligro su propia salud, sino que también fomenta

⁷⁷ Fluss S. *Some recent patterns and trends in communicable disease legislation in selected European countries*. Presentado en la reunión de mayo de 1996 del II Proyecto Biomédico sobre Enfermedades Comunicables, Estilos de Vida y Responsabilidad Personal: Ética y Derechos.

⁷⁸ Bronfman M. «Mexico and Central America.» En: Appleyard R y Wilson A (eds.). «Migration and HIV/AIDS.» *International Migration Quarterly Review*, vol. 36 (4), 1998, p. 614.

⁷⁹ Decosas J. *Labour Migration and HIV Epidemics in Africa*. Presentación en la Decimosegunda Conferencia Mundial sobre el SIDA, Ginebra (Suiza), julio de 1998.

⁸⁰ Gilmore N. *Human Rights Issues and Migration*. Presentación en la Decimosegunda Conferencia Mundial sobre el SIDA, Ginebra (Suiza), julio de 1998.

la negación y discriminación. Y compromete los esfuerzos de salud pública, en particular los esfuerzos de prevención, amenazando así la salud de la población.»

Los ponentes en una sesión sobre *Poblaciones móviles y VIH: vulnerabilidad, riesgo y derechos humanos* de la Decimosegunda Conferencia Mundial sobre el SIDA presentaron pruebas inequívocas de que «la salud de las poblaciones migratorias no ha evolucionado demasiado bien cuando la cuestión se ha dejado en manos de instancias nacionales, sea del país de origen o del país de destino».⁸¹ Será esencial que más países reconozcan que la migración es un proceso que afecta a dos (o más) comunidades, no a una sola, y que adapten sus políticas en consonancia.

D. La intervención temprana es más barata

A pesar de que habitualmente se acepta la importancia de la prevención y la intervención temprana, una serie de fuerzas personales, sociales y económicas ha generado obstáculos para el desarrollo y ejecución generalizados de programas de prevención e intervención temprana.

Tradicionalmente, la salud sólo ha pasado a ser una preocupación personal significativa cuando el individuo está en peligro de perderla a causa de lesiones o enfermedades.

Por otra parte, tal como observa Barlinguer:⁸² «La noción de salud como piedra angular del crecimiento económico, como multiplicador de recursos humanos y, por encima de todo, como objetivo primario de tal crecimiento ha sido sustituida en gran medida por la noción contraria. Los servicios de salud pública y la asistencia sanitaria para todos se perciben ahora como un obstáculo, a menudo el obstáculo más importante, que amenaza las finanzas públicas y la riqueza de las naciones; la reducción del gasto público (no la racionalización, que es el imperativo en todas partes) se ha convertido en una de las máximas prioridades para todos los gobiernos.

Prácticamente se ha abandonado el modelo de atención primaria de salud como elemento fundamental para la prevención y tratamiento de las enfermedades. Ahora predomina la tendencia a dismantelar toda la maquinaria de la salud pública. Incluso en países con recursos mínimos, la prioridad recae en las tecnologías caras.»

Se ha considerado que el cambio anterior en la comprensión de la importancia de la salud para el crecimiento económico derivó en parte de las políticas y planteamientos del Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional. El Banco Mundial se ha comprometido ahora a subrayar que la reforma del sector sanitario es un medio más que un fin en sí mismo, aparte de asegurar que vuelve a haber un foco de atención en los determinantes de la salud (educación, pobreza, medio ambiente, sexo) y en los resultados tangibles de salud.

Ngwena⁸³ ha indicado recientemente que, en África, «los sectores de la asistencia sanitaria estatal están sobrecargados, mal equipados y mal gestionados. La reducción de los presupuestos sanitarios como consecuencia del menor gasto gubernamental en servi-

⁸¹ Haour-Knipe M. *In conclusion*. Presentación en la Decimosegunda Conferencia Mundial sobre el SIDA, Ginebra (Suiza), julio de 1998.

⁸² Barlinguer G. «Indivisibility and Globalisation of Health.» En: *The Effects of Globalisation on Health*. Informe de un simposio celebrado en la Reunión Anual de la ONG Foro para la Salud, Ginebra, mayo de 1998.

⁸³ Ngwena C. *AIDS and Right of Access to Treatment: The Scope and Limits*; *op. cit.*, p. 10.

cios públicos ha provocado el colapso de numerosos servicios de salud pública en diversos países de África. No puede disponerse de fármacos para enfermedades comunes (o son de mala calidad), y lo mismo ocurre con el equipamiento médico. Los programas de reajuste estructural que han impuesto las instituciones de Bretton Woods para ayudar a África en su reforma económica están provocando, al mismo tiempo, la desaparición de unos recursos adecuados para asistencia sanitaria».

En julio de 1999, el Banco Mundial anunció que, con miras al futuro, planeaba emprender una acción más agresiva contra el SIDA. Un alto funcionario del Banco declaró que el SIDA ya no es exclusivamente un problema de salud, sino una crisis de desarrollo que afecta particularmente a África. En colaboración con gobiernos y otros grupos, el Banco Mundial ha afirmado que revisará sus esfuerzos actuales en África y que piensa redirigir su financiación, si es necesario.

Comentando el nuevo énfasis del Banco Mundial en la epidemia de SIDA en África, Mr. Callisto Madavo, vicepresidente para la Región de África, señaló: «A un ritmo feroz, el SIDA ha borrado muchos de los avances de desarrollo que África había conseguido durante los últimos decenios. Ha reducido la esperanza de vida en las zonas más afectadas, y ahora amenaza a las empresas y economías. África tiene una necesidad urgente de recursos y apoyo para evitar la catástrofe. Por este motivo estamos colocando la epidemia en el centro de nuestro programa de desarrollo; el SIDA es un elemento crucial en todos los aspectos de nuestro trabajo en África.»⁸⁴

Es posible que dentro de poco se produzca una revisión similar de la interacción entre desarrollo económico y SIDA en Asia. En octubre de 1999, el primer ministro de Malasia hizo un llamamiento al liderazgo regional resaltando la conveniencia de que «todos los jefes de gobierno de la región Asia-Pacífico celebremos una cumbre sobre el SIDA, de modo que podamos coordinar mejor nuestros esfuerzos... [y] subrayar la gravedad de la pandemia de SIDA y la necesidad de una acción urgente para combatirla». El Dr. Mahathir también habló sobre los derechos de los trabajadores migratorios, haciendo hincapié en «la naturaleza transfronteriza de la epidemia».⁸⁵

Otro obstáculo importante que socava las iniciativas de prevención o intervención temprana ha sido que, en casi todos los países, los sistemas de asistencia sanitaria se han estructurado de acuerdo con modelos de enfermedades o trastornos agudos. Los profesionales de la salud están formados para operar dentro de los parámetros habituales del sistema, y la salud preventiva no suele ser el foco «mejor y más brillante» al que dedicar tiempo y energía.

En la mayoría de los países, el grueso del dinero público se ha destinado generalmente a apoyar los sistemas de prestación de asistencia para enfermedades agudas. Muchos responsables de adoptar decisiones tienden a orientarse al tratamiento *a posteriori* de las enfermedades, más que a la prevención, quizá porque los beneficios de ésta se producen a más largo plazo y, por tanto, no resultan evidentes de inmediato.

⁸⁴ Comunicado de prensa del ONUSIDA. *Funcionarios de las Naciones Unidas en Lusaka se comprometen a una mayor acción contra el SIDA en África*. Lusaka, 15 de septiembre de 1999.

⁸⁵ Informe publicado el 25 de octubre de 1999 en Sea-aids, un foro electrónico independiente creado y gestionado por la Fondation du Présent. <http://www.fdp.org>.

Lomas⁸⁶ ha utilizado el problema de la patología cardíaca como herramienta para examinar la eficacia de posibles intervenciones: en un espectro continuo de intervenciones, los puntos de posibles respuestas a la muerte prematura por cardiopatía consistían en:

- Medidas de salvamento; por ejemplo, cirugía de derivación (*bypass*) arteriocoronaria, trombólisis.
- Asistencia médica de rutina; por ejemplo, fármacos reductores del colesterol, control de la hipertensión.
- Mejor acceso a la asistencia sanitaria; por ejemplo, asistencia «gratuita», mayor suministro de cuidados.
- Salud pública tradicional; por ejemplo, programas de modificación del modo de vida.
- Servicios de apoyo y a la familia; por ejemplo, visitas a domicilio, apoyo social.
- Cohesión social; por ejemplo, clubes subvencionados, menor desigualdad de ingresos.

Esta última intervención, la cohesión social, rara vez aparece en el discurso de las políticas de salud. Según Lomas: «Se trata de medidas para asegurar e intensificar la cohesión social. Esto implica preservar y mejorar estructuras sociales tales como lugares de encuentro, ligas deportivas, clubes, asociaciones y todos los demás elementos de una comunidad que permiten el intercambio de opiniones y valores y que generan confianza mutua.»⁸⁷ Utilizando un planteamiento de rentabilidad, Lomas constató que las intervenciones para acrecentar el apoyo y/o cohesión sociales en una comunidad son como mínimo tan eficaces para prevenir la muerte prematura de origen cardíaco como la mejora del acceso a la salud o la asistencia médica rutinaria.

Si el trabajo de Lomas puede extrapolarse al VIH/SIDA, lo cual es probable, entonces la mayor atención a los servicios de apoyo y la cohesión social (al alcance incluso del más pobre de los países en desarrollo) puede mejorar el acceso de los migrantes (y otros) a la prevención y asistencia, con un costo no superior –y posiblemente inferior– al actual. Análogamente, si la formación de grupos de apoyo para las personas que viven con el VIH/SIDA es útil no sólo por el apoyo psicológico de sus miembros, sino que también se entiende como parte de una estrategia necesaria para la prevención y asistencia rentables del VIH/SIDA, convendría que los gobiernos y otros actores decisivos prestaran mayor atención y respaldo a tales grupos. Hay que señalar que en la Decimoprimer Conferencia Internacional sobre SIDA y ETS en África (Conferencia de Lusaka), una conferencia satélite sobre el «Principio de mayor implicación de las personas que viven con el VIH/SIDA», se comunicó que, aun cuando menos del 1% de las personas VIH-positivas en África han declarado abiertamente su estado serológico, se han convertido en una fuerza poderosa para el cambio en el subcontinente.

Además, un enfoque centrado en el apoyo y cohesión sociales implicaría la necesidad de una mayor orientación a las intervenciones «a nivel comunitario», en lugar de las meras intervenciones «de base comunitaria». (Las intervenciones a nivel comunitario intentan modificar toda la comunidad por medio de su organización y activación, mientras que las intervenciones de base comunitaria pretenden modificar el comportamiento de salud de los individuos.)

Decosas también ha afirmado que «las pequeñas mejoras en el entorno físico y social de los migrantes y de sus comunidades pueden propiciar en realidad mayores beneficios que la prestación de servicios orientados». El autor cita el ejemplo de algunas plantaciones en Côte d'Ivoire, donde los empleadores han empezado a mejorar la infraestructura social proporcionando escuelas, vivienda para familiares y centros recreativos.⁸⁸

⁸⁶ Lomas J. «Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology», *Soc Sci Med* vol. 47, nº 9, 1998; pp. 1.181-1.188.

⁸⁷ *Ibid*, p. 1.183.

⁸⁸ Decosas J. *Labour Migration and HIV Epidemics in Africa*; *op. cit.*

El acta de una sesión sobre «¿Qué funciona en el VIH/SIDA/ETS y la vía comunitaria?», en la Conferencia de Lusaka de septiembre de 1999, notificó los siguientes hallazgos principales:

- Es importante no imponer programas a la comunidad, sino acudir en su ayuda cuando lo solicite.
- Las comunidades son capaces de utilizar sus recursos y aptitudes para llevar a cabo programas de prevención eficaces y sostenibles.
- Es necesario involucrar a los movilizadores y animadores de la comunidad en la planificación y ejecución de los programas.
- Para una estrategia de prevención satisfactoria es indispensable vincular asistencia con prevención y mantener un servicio de voluntariado.
- Es importante integrar en las estructuras existentes la asistencia a las personas infectadas y afectadas por el VIH.⁸⁹

Estas premisas básicas también deberían ser el eje de programas específicos dirigidos a las poblaciones móviles.

E. ¿Se requieren únicamente intervenciones específicas contra el VIH/SIDA?

Existe una estrecha relación entre las enfermedades de transmisión sexual (ETS)⁹⁰ y la transmisión sexual de la infección por el VIH. Tanto el hecho de contraer como el de transmitir el VIH pueden llegar a verse multiplicados por un factor de 10 debido a la presencia de una ETS no tratada. Así pues, el tratamiento de las ETS es una estrategia importante de prevención del VIH en cualquier población.

El tratamiento de las ETS es relativamente barato y extremadamente rentable en y por sí mismo. La rentabilidad aumenta aún más cuando se suman los beneficios de una menor transmisión del VIH.^{91, 92} Asimismo, en los países en desarrollo, las ETS son un problema importante de salud pública, ya que, después de la mortalidad y morbilidad maternas, constituyen la segunda causa de pérdida de vida saludable en las mujeres de entre 15 y 45 años de edad.

El ONUSIDA ha declarado que «la magnitud del problema de las ETS, y su estrecha asociación con la transmisión del VIH, subraya la necesidad de explorar enfoques nuevos e innovadores para prevenir y controlar su propagación. Uno de ellos es la adopción del “conjunto de medidas de salud pública”. Para el control de las ETS, entre esas medidas figuran las siguientes:

- Fomentar los comportamientos sexuales seguros.
- Reforzar los programas de utilización de preservativos.

⁸⁹ AF-AIDS listing nº 408. *Community initiatives – what works?* Decimoprimera Conferencia Internacional sobre SIDA y ETS en África, Lusaka (Zambia), 12-16 de septiembre de 1999, 22 de septiembre de 1999.

⁹⁰ Conocidas cada vez más como «infecciones de transmisión sexual» (ITS).

⁹¹ ONUSIDA. Actualización Técnica: *El enfoque de salud pública frente al control de las ETS*. Mayo de 1998.

⁹² Piot P. «Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control.» *Sex Transm Dis* 1994, marzo-abril de 1994, 21 (supl. 2): S7-13.

- Promover el comportamiento de demanda de asistencia sanitaria.
- Integrar el control de las ETS en la atención primaria de salud y otros servicios de asistencia sanitaria.
- Proporcionar servicios específicos para las poblaciones de mayor riesgo.
- Tratamiento global de los casos.
- Prevención y tratamiento de la sífilis congénita y la conjuntivitis neonatal.
- Detección precoz de infecciones sintomáticas y asintomáticas.⁹³

Un planteamiento complementario consiste en ampliar las actividades de planificación familiar de modo que todas las personas puedan comprender su derecho a la salud reproductiva. Diversos países con poblaciones migratorias significativas han creado servicios de planificación familiar enfocados a los colectivos de migrantes (estos servicios específicos podrían desarrollarse algo más en línea con los cambios mundiales que se están produciendo en planificación familiar). Desde la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, la mayoría de los gobiernos y principales organismos donantes se han comprometido a poner en práctica un programa que haga hincapié en:

- La necesidad de desarrollar servicios asistenciales de mejor calidad en salud sexual y reproductiva.
- La necesidad de igualdad entre los sexos y, por tanto, el reforzamiento del papel de la mujer.
- Una mayor responsabilidad de los varones por lo que respecta a su comportamiento sexual y reproductivo y su papel social y familiar.
- Una mayor atención a las necesidades sexuales y reproductivas de los adolescentes.
- La erradicación de la violencia contra las mujeres.
- Esfuerzos especiales para contrarrestar la propagación de infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH.
- Una participación más amplia en los programas de salud reproductiva y planificación familiar.

Es posible que los responsables de formular políticas tengan que revisar los servicios existentes de salud reproductiva y ETS y ampliar el alcance y/o las poblaciones destinatarias de tales programas. Hay vínculos claros e inequívocos entre el objetivo general de preservar la salud sexual y reproductiva y el objetivo específico de contener las ETS y el VIH.

En la práctica, en la mayoría de los países, las poblaciones migratorias y móviles han tendido a tener un menor acceso a los servicios de salud reproductiva y ETS que los nacionales no desplazados. Casi todos los países deberían prestar una atención urgente a la planificación y ejecución de programas apropiados para las poblaciones migratorias y móviles.

⁹³ Ibid, p. 2.

V. Enfoques prometedores que conviene estudiar/ampliar en el futuro

Los enfoques prometedores para la prevención y asistencia del VIH/SIDA/ETS entre los migrantes incluyen intervenciones tan diversas como asegurar la disponibilidad de preservativos, campañas en los medios de comunicación para promover el conocimiento y sensibilización acerca del SIDA, sesiones de teatro y educación en grupos reducidos, educación inter pares, servicios móviles de salud y de información, y programas especializados de asistencia y apoyo. Los más eficaces son los que combinan simultáneamente diferentes estrategias.

Muchos países han comprobado que a menudo resulta más rentable y menos intimidatorio integrar el VIH/SIDA/ETS en servicios más generales que traten otros problemas de salud de los migrantes. Conviene recalcar que los servicios de salud dirigidos a los migrantes necesitan flexibilidad y compromiso del personal, junto con la implicación de representantes de los grupos objetivo en el diseño y prestación de los servicios. La plantilla y el personal adjunto también requieren formación continuada y especializada.

Un problema concreto (que no se refiere exclusivamente a migración y VIH/SIDA/ETS) es la tendencia a interrumpir algunos programas satisfactorios en la creencia de que la población objetivo ya ha sido bien informada acerca de métodos de prevención y acceso a la asistencia. Conviene recalcar que los programas fructíferos deben mantenerse (quizá con algunos retoques) incluso en aquellas situaciones en las que se considera que se ha alcanzado la saturación. Nuevos miembros se unen constantemente a cualquier población objetivo (porque pasan a ser sexualmente activos, empiezan a consumir drogas intravenosas, se inician en el mundo del comercio sexual, etc.), mientras que otros pueden necesitar una ampliación o refuerzo de sus conocimientos y comprensiones. De forma similar, las recomendaciones, directrices y programas a veces no se ejecutan plenamente sobre el terreno,⁹⁴ por lo que se requiere una revisión y un seguimiento regulares.

Se presenta a continuación una serie de proyectos: todos ellos se han incluido porque ilustran algunas intervenciones prometedoras que se están llevando a cabo actualmente en diferentes partes del mundo. Hay que señalar que las intervenciones satisfactorias pocas veces pueden transferirse inalteradas a otro contexto. Los proyectos enumerados se han seleccionado porque muestran el alcance de posibles intervenciones e inducen a considerar modificaciones potenciales que podrían introducirse para su aplicación en otros contextos. La característica común a todos estos proyectos es que van dirigidos a responsables de la formulación de políticas a uno o múltiples niveles, además de abordar todos los aspectos de la prestación de servicios dentro del proyecto.

⁹⁴ Véase, como ejemplo, el informe de un proyecto del Consejo de Bienestar de la Marina Mercante (RU), financiado por la CE: *Seafarers: EC Co-ordination of Information on HIV and STDs. Final Report 1998.*

1. Proyectos del sistema de las Naciones Unidas y del ONUSIDA

i) África occidental

En África, los proyectos dirigidos a reducir la vulnerabilidad al VIH a causa de la movilidad, la migración y el comercio sexual (que a menudo acompaña a la migración) están corriendo a cargo de la Iniciativa para África Occidental. El Equipo Interpaíses del ONUSIDA con sede en Abidján actúa como secretaría.

Con una cobertura de 17 países y redes de ONG y personas que viven con el VIH/SIDA, y financiada por el Banco Mundial (con aportaciones de los gobiernos canadiense y alemán), la Iniciativa para África Occidental ha elaborado un manual práctico para las organizaciones que llevan a cabo proyectos de prevención del VIH entre profesionales del sexo y sus clientes; también ha creado una red sólida de expertos técnicos para ayudar a los países en el desarrollo y ejecución de proyectos.⁹⁵

El programa de acción-investigación ha involucrado a siete países: Burkina Faso, Côte d'Ivoire, Ghana, Mali, Níger, Senegal y Togo. Aunque algunos de estos proyectos se han localizado en ciudades importantes a lo largo de rutas comerciales internacionales, otros se han centrado en regiones fronterizas caracterizadas por una alta intensidad de tráfico interfronterizo.

El éxito de estos proyectos en África occidental ha estimulado el interés en los países de África central, que están emprendiendo ahora programas similares.

La Iniciativa para África Occidental, en colaboración con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), también está ayudando a reforzar las asociaciones de personas que viven con el VIH.

El Gobierno del Chad ha iniciado un proyecto en conjunción con el Instituto Suizo de Medicina Tropical para desarrollar un programa que, bajo el lema «Una sola medicina», proporcione servicios humanos y veterinarios integrados para los pueblos nómadas del Chad. El proyecto pretende asegurar que el acceso a los servicios abarque las necesidades particulares de las mujeres y niños, incluida la atención nutricional, y abordará tanto la asistencia como la educación sanitarias (incluidas las ITS) en colaboración activa con los grupos participantes.

ii) África oriental

La «Iniciativa de los Grandes Lagos sobre el VIH/SIDA» (IGLS), enfocada a las poblaciones móviles y el VIH/SIDA, incluye seis países: Burundi, Kenya, República Democrática del Congo, República Unida de Tanzania, Rwanda y Uganda. Las actividades consisten en intercambio de información, apoyo asistencial, integración de la respuesta al VIH/SIDA en los planes socioeconómicos y de desarrollo, promoción de la investigación operativa, desarrollo de mecanismos de coordinación y colaboración entre países y movilización de recursos.⁹⁶

⁹⁵ Para una discusión más completa, véase: Equipo Interpaíses del ONUSIDA para África Occidental y Central. *Findings of the Research-Action «Migration and AIDS» Project*, disponible en el ONUSIDA, Ginebra y Abidján, y también en el Banco Mundial, Washington.

⁹⁶ Reunión de los directores de los programas nacionales de los países de la IGLS, Kampala (Uganda), marzo de 1998.

iii) América central y México

La movilidad y el comercio sexual constituyen el foco de una iniciativa subregional en América central y México que involucra a gobiernos, organismos bilaterales, ONG y el sistema de las Naciones Unidas. La iniciativa, en marcha desde 1999, dará prioridad a la prevención del VIH y demás enfermedades de transmisión sexual entre las poblaciones móviles, incluidos los profesionales del sexo y sus clientes que viven en comunidades fronterizas y portuarias.⁹⁷

iv) Asia meridional y sudoriental

En el sur y sudeste de Asia se ha emprendido una iniciativa similar dirigida a los camioneros, cuyas largas ausencias de casa incrementan el riesgo de contraer y transmitir el VIH tanto a parejas esporádicas como a las esposas formales. La iniciativa pretende aumentar la sensibilización sobre el VIH y el uso de preservativos entre los conductores. El ONUSIDA aportó una cierta financiación de base; a mediados de 1999, el Banco Asiático de Desarrollo y un organismo alemán de asistencia técnica (GTZ) habían prometido una financiación sustancial.⁹⁸

v) Equipos Interpaíses del ONUSIDA

Durante los últimos años, los Equipos Interpaíses (EIP) del ONUSIDA han concentrado sus esfuerzos en facilitar y reforzar la colaboración entre organismos interpaíses y regionales en temas relativos al cruce de fronteras, migración y movilidad. Por ejemplo, el Equipo Interpaíses de Asia-Pacífico, con sede en Bangkok, está facilitando la colaboración entre países y el diálogo regional sobre migración y consumo de drogas, dos cuestiones especialmente pertinentes para la región. El EIP de Asia-Pacífico también está apoyando la investigación aplicada rápida sobre vulnerabilidad al VIH y mano de obra migratoria en la zona.

El Equipo del Grupo de Países del Caribe pretende abordar el tema de la movilidad en la región. El programa incluirá investigaciones sobre inmigración, comercio sexual y turismo.

Trabajando con marineros en el Pacífico

Una proporción significativa de la población de la mayoría de los países de las islas del Pacífico son marineros (o esposas de marineros). La Secretaría del Pacífico Sur (SPS) está trabajando a través de las escuelas y facultades regionales de formación marítima para asegurar que proporcionen una educación de calidad sobre el VIH/SIDA y las ETS. Algunas de las principales actividades son:

Desarrollo de un plan de estudios. En consulta con el Programa Regional de Formación Marítima, se ha desarrollado un módulo que se incluirá en el plan de formación marítima impartido por 14 facultades de 12 países de las islas del Pacífico.

Seminarios para los educadores. Dirigidos a los educadores marítimos, de departamentos de salud y de ONG que son responsables de poner en práctica el módulo, o que desempeñan un papel continuo en el suministro de información y/o apoyo a los estudiantes y marineros.



⁹⁷ Bronfman M. *Diagnostic, Intervention and Evaluation of AIDS and Migration in Central America and Mexico*. Propuesta de proyecto, 1999.

⁹⁸ Véase <http://www.hivundp.apdip.net>.

Recursos de apoyo. Se vehiculan como asistencia interna a cargo de un miembro del equipo de la SPS en asociación con educadores de las facultades. Los recursos consisten en una guía formativa, vídeos y otros materiales de capacitación e información dirigidos a los estudiantes y educadores.

Formación de educadores inter pares. Se ofrece a través de seminarios subregionales para marineros jóvenes, a los que se prepara para que asuman un papel como educadores inter pares.

Pequeñas subvenciones. Para que cada país participante desarrolle sus propios materiales o traduzca otros a los idiomas locales.

Suministro de preservativos. En consulta con los decanos, se suministraron preservativos a las facultades durante 1999 y 2000.

El proyecto se está ejecutando en Vanuatu, Fiji, Tuvalu, Islas Salomón, Tonga, Kiribati, Samoa, Estados Federados de Micronesia, Islas Marshall y, en menor medida, Papua Nueva Guinea.⁹⁹

2. Proyectos europeos

i) Proyecto Europeo sobre SIDA y Movilidad

El Proyecto Europeo sobre SIDA y Movilidad se inició a petición del (por entonces) Programa Mundial sobre el SIDA de la Organización Mundial de la Salud. Establecido en 1991, se ha centrado preferentemente en la prevención del VIH/SIDA, con los viajeros y migrantes en Europa como poblaciones objetivo. En los últimos años ha ampliado su foco de atención a cuestiones asistenciales y de apoyo.^{100, 101}

El Proyecto agrupa los puntos focales nacionales representantes de 14 Estados miembros de la Unión Europea, y opera estimulando la colaboración y el intercambio de información sobre actividades relacionadas con el SIDA y dirigidas a minorías étnicas y colectivos migratorios. Los Estados de la UE representados son Alemania, Austria, Bélgica, Dinamarca, España, Finlandia, Francia, Grecia, Holanda, Irlanda, Italia, Portugal, Reino Unido y Suecia.

Durante 1999, cada uno de los puntos focales nacionales organizó un seminario nacional sobre temas basados en las prioridades establecidas a nivel de país con respecto a la prevención del VIH/SIDA y las ETS y los colectivos migratorios, minorías étnicas y otros grupos móviles. Las actividades de la red han incluido programas regionales de formación, dirigidos a ONG y OBC, y han abordado cuestiones relativas a educación inter pares en las poblaciones migratorias, migrantes que viven con el VIH/SIDA y servicios cultural e idiomáticamente apropiados.

Además, el Proyecto ha establecido un centro de información y documentación, con materiales y bases de datos de la literatura, conectado a la Internet.¹⁰² Asimismo publica regularmente una bibliografía actualizada sobre libros, artículos e informes pertinentes, además

⁹⁹ Armstrong W. Pacific Islands HIV/AIDS and STD project final report, 1998.

¹⁰⁰ Proyecto SIDA y Movilidad. *AIDS & STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; the State of Affairs in Europe*, de Putter J (ed.). Junio de 1998.

¹⁰¹ Proyecto Europeo sobre SIDA y Movilidad. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – conclusions and recommendations*, agosto de 1999; Proyecto Europeo sobre SIDA y Movilidad. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS & Mobility*, Clarke K y Bröring G (eds.), octubre de 1999; *Declaración de Atenas*, noviembre de 1999.

¹⁰² <http://www.nigz.nl/aidsmob/>.

de proporcionar un servicio de referencia para otras organizaciones europeas que trabajan activamente en el campo de la migración y la salud.

En su Declaración de Atenas de noviembre de 1999, el Proyecto señaló que los migrantes que viven con el VIH/SIDA en Europa tienen con frecuencia un acceso muy limitado a la asistencia sanitaria, y específicamente al tratamiento para el VIH. También indicó que esto es debido a factores tales como obstáculos jurídicos y administrativos, problemas socioeconómicos, falta de información y de servicios cultural e idiomáticamente apropiados, y estigmatización.

El Proyecto ha reconocido la necesidad general de que los servicios de salud sean más accesibles para los migrantes. Las partes implicadas han señalado que deben trabajar para reforzar los servicios que ya operan con los migrantes, mejorar la colaboración entre los diferentes servicios, aumentar la participación de los trabajadores migratorios y sensibilizar a los profesionales sanitarios/sociales acerca de cuestiones culturales y lingüísticas y de las necesidades de los migrantes.

El Proyecto sobre SIDA y Movilidad ha indicado que, aunque en teoría los países miembros de la UE tienen prohibido expulsar a migrantes con problemas médicos graves a países donde no puedan cubrirse sus necesidades de salud, en la práctica hay múltiples ejemplos de este tipo de deportaciones. El Proyecto ha pedido que se garantice el acceso a los nuevos tratamientos para todas las personas que viven con el VIH/SIDA en los Estados miembros de la Unión Europea, sea cual sea su estatuto de residencia. Un informe reciente del Proyecto ha señalado la conveniencia de que cada punto focal nacional elabore un plan de acción para crear la base de futuras actividades en el país con el fin de mejorar específicamente el acceso de los migrantes a los tratamientos para la infección por el VIH y el SIDA.¹⁰³

ii) Proyecto de Prevención Transnacional del VIH/SIDA entre Prostitutas Migrantes en Europa (TAMPEP)

El TAMPEP¹⁰⁴ se inició en 1993 con la finalidad de desarrollar modelos de promoción de la salud para mujeres y travestidos/transexuales (de varones a mujeres) de Europa oriental, América Latina, África y Asia sudoriental que estaban trabajando en las industrias de la prostitución en el oeste, norte y sur de Europa. El fin primordial es la prevención del VIH/ETS, pero el proyecto ha señalado que, para poder respaldar comportamientos seguros, es necesario abordar la salud en general de las poblaciones objetivo, así como la posición social global y las condiciones laborales de los profesionales del sexo migrantes.

En general, los profesionales del sexo migrantes en Europa tienen un acceso extremadamente limitado a servicios de asistencia sanitaria.¹⁰⁵ El proyecto especializado del TAMPEP ha resultado eficaz para llegar a tales trabajadores migratorios: entre 1995 y 1997, los equipos nacionales del TAMPEP establecieron contacto con más de 30.000 profesionales del sexo migrantes en Italia, Austria, Alemania y Holanda.¹⁰⁶

De 1994 a 1997, el TAMPEP observó un incremento tanto en el número de profesionales del sexo femeninas/transexuales como en la variedad de sus países de origen: en 1997 se registraron 25 nacionalidades diferentes en los cuatro países participantes. También se han ampliado las características socioculturales de estos trabajadores. Además, en 1997,

¹⁰³ Proyecto Europeo sobre SIDA y Movilidad. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar; op. cit.*, p. 5.

¹⁰⁴ Proyecto de Prevención Transnacional del VIH/SIDA entre Prostitutas Migrantes en Europa (TAMPEP), octubre 96/septiembre 97, *Informe final*, 1997.

¹⁰⁵ EUROPAP/TAMPEP. *Informe final 1996-1997*, octubre de 1997.

¹⁰⁶ TAMPEP. *Informe final; op. cit.*, p. 1.

el TAMPEP constató una mayor movilidad de los profesionales del sexo migrantes entre los países de Europa y dentro de ellos. La mayoría de las mujeres contactadas por los equipos del TAMPEP había trabajado al menos en dos países europeos diferentes en cualquier año determinado, y muchas habían trabajado en tres o más países.¹⁰⁷

En Holanda hay unas 30.000 personas que trabajan en la prostitución. Las autoridades oficiales estiman que el 50-60% de todos los profesionales del sexo procede de países no miembros de la UE y está residiendo de forma ilegal en Holanda. Las actividades de contacto del TAMPEP han descubierto que son migrantes el 80-90% de los profesionales del sexo que trabajan en escaparates.

En 1997 había en Alemania entre 200.000 y 400.000 mujeres que trabajaban en la industria del sexo; el porcentaje de profesionales del sexo migrantes variaba entre el 60% y el 70% en las ciudades y zonas fronterizas.

El TAMPEP está vinculando de forma progresiva sus propios esfuerzos de prevención con una red internacional de proveedores de servicios y proyectos básicos en los países de origen, tránsito y destino final; así, por ejemplo, ha establecido vínculos con el EUROPAP, un proyecto dirigido a todos los profesionales del sexo en Europa. El TAMPEP ha ido evolucionando como centro experto en trabajo sexual migratorio para la formación, consulta y asesoramiento de proveedores de servicios y responsables de formular políticas (a nivel gubernamental y no gubernamental) en todos los países miembros de la UE, e incluso más allá.

El TAMPEP ha impulsado un cierto incremento en el acceso a servicios sanitarios y sociales para los profesionales del sexo migrantes en los cuatro países participantes originalmente. Sin embargo, incluso en estos países, la mayoría de los profesionales del sexo migrantes tiene muy poco acceso a tales servicios.¹⁰⁸ Conviene señalar que la mayoría de los países de la UE proporciona pruebas del VIH y ETS (y algunos tratamientos), generalmente de forma gratuita y, en muchos casos, anónima. Por desgracia, muchos profesionales del sexo migrantes no son conscientes de ello o desconfían de los servicios gubernamentales.

3. América del Norte

i) Whitman Walker Clinic, Washington, DC (EE.UU.)

La Whitman Walker Clinic (WWC), en Washington, DC, es una de las mayores organizaciones de servicios sobre el SIDA de los Estados Unidos: proporciona servicios para personas que viven con el VIH o el SIDA¹⁰⁹ en dicho país, con independencia de su estatuto

¹⁰⁷ Ibid, p. 3.

¹⁰⁸ El acceso a la asistencia sanitaria especializada para profesionales del sexo migrantes (ilegales) es razonablemente fácil y barato, o gratuito, en la mayoría de las regiones de Holanda. Alemania permite que las personas no aseguradas se sometan a pruebas anónimas y gratuitas del VIH, pero no pueden obtener ningún tipo de tratamiento ni tampoco terapia preventiva. Las instituciones oficiales (y aparentemente también los grupos de profesionales del sexo alemanes) tienden a ser reacios a adaptar servicios para cubrir mejor las necesidades de los migrantes, y muy pocos profesionales del sexo migrantes utiliza algún servicio de asistencia sanitaria. Por lo que respecta a Austria, donde sólo los residentes legales pueden disponer de exámenes médicos gratuitos, se ha iniciado una red que proporciona asistencia médica barata o gratuita a los profesionales del sexo migrantes en Viena y Linz. En Italia, oficialmente, todas las personas, incluidos los extranjeros residentes temporales, pueden disponer de tratamiento ambulatorio gratuito de urgencia; sin embargo, el TAMPEP ha observado que, en la práctica, muchas regiones no proporcionan tales servicios (las regiones aducen limitaciones presupuestarias), y los profesionales del sexo migrantes rara vez utilizan algún servicio de asistencia sanitaria.

¹⁰⁹ Personas que viven con el VIH/SIDA.

de inmigración.¹¹⁰ Es posible, en consecuencia, que proporcione asistencia y apoyo a un número mayor de migrantes indocumentados que de migrantes legalmente documentados. El dispensario dispone de una amplia gama de servicios para las personas que viven con el VIH, que van desde pruebas anónimas y asesoramiento hasta asistencia médica y dental, servicios jurídicos, servicios de gestión de casos, servicios de salud mental y tratamiento de adicciones y servicios de tratamiento de día. Además, posee un banco de alimentos y un servicio de alojamiento para clientes diagnosticados de SIDA. Todos los servicios del dispensario están disponibles con independencia de los ingresos, tenencia de seguros y documentación del cliente.¹¹¹

4. Asia

i) CARAM (Coordinación de Acción-Investigación sobre SIDA y Migración)

CARAM, establecida en marzo de 1997, es una red regional de ONG del sur y sudeste de Asia que ha emprendido un extenso programa de acción-investigación sobre movilidad y VIH/SIDA.¹¹² A mediados de 1999, las organizaciones partícipes de CARAM eran Tenaganita (Malasia), CCDB (Bangladesh), Kalayaan (Filipinas), CARE Tailandia, CARE Viet Nam, CARE Camboya y UCM (Indonesia). Es probable que la red se amplíe pronto a más países de la región. La red cuenta con el apoyo técnico del personal de Asistencia Sanitaria y Cultura de la Vrije Universiteit (Holanda).

Los objetivos de CARAM son:

- Producción de información sobre vulnerabilidad y estado de salud de los trabajadores migratorios en general, y especialmente por lo que respecta al VIH/SIDA.
- Tareas de promoción para mejorar las condiciones de vida de los migrantes y mostrar cómo la migración contribuye a una mayor vulnerabilidad a la infección por el VIH.
- Desarrollo de intervenciones de base popular en el campo de la salud, especialmente educación sobre ETS/VIH/SIDA para migrantes y mejora del acceso a los centros de salud.
- Desarrollo de modelos de acción-investigación para llevar a cabo los puntos anteriores y recopilar los datos que necesita CARAM para su labor de promoción.
- Protección de los derechos humanos de los migrantes.

¹¹⁰ Comunicación personal. Glenn Clark, director, Fleming-Morgan Access Center, Whitman-Walker Clinic, 17 de septiembre de 1999.

¹¹¹ En el área de acogida, el personal del dispensario valora la situación del cliente y su necesidad de servicios, incluida la posible elegibilidad para prestaciones públicas. Los servicios jurídicos de la propia institución pueden ayudar a un cliente a solicitar tales prestaciones. Aunque en los Estados Unidos los migrantes indocumentados no son candidatos a demasiados programas de prestaciones públicas, sí son elegibles para el Programa de Asistencia Farmacológica contra el SIDA, que proporciona medicaciones gratuitas para el VIH a los clientes con pocos recursos económicos. Toda la información recopilada sobre un cliente se mantiene confidencial. Las barreras idiomáticas se resuelven brindando acceso a personal que hable ese idioma, si existe, o recurriendo a un intérprete para asegurar que el cliente se involucre activamente en la prestación de los servicios. Para los clientes latinoamericanos, el dispensario ha creado un departamento de Servicios Latinoamericanos. El Centro de Acceso, en concreto, está financiado por un donante particular, lo que permite que la WWC tenga libertad de acción sobre la prestación de los servicios de acogida. Las fuentes de financiación para otros servicios relacionados con el VIH (que incluyen financiación federal, local y privada) también permiten que el dispensario proporcione servicios a clientes con independencia de su estatuto de migración.

¹¹² CARAM-Asia. *Coordination of Action Research on AIDS and Migration. The vulnerability of migrants to HIV/AIDS*, junio de 1998.

Las organizaciones asociadas a CARAM son las principales responsables de la producción de información y el desarrollo y estimulación de las intervenciones locales/nacionales (que van desde la prestación de servicios sanitarios a nivel popular hasta campañas de promoción y sensibilización a nivel local y nacional). CARAM-Asia lidera los esfuerzos de fomento regional y de coordinación e intercambio de información internacionales.

CARAM-Asia y sus organizaciones asociadas intentan asegurar que se contacte con los migrantes de la región tanto en el punto de origen como en el país de destino. Por ejemplo, si el Ministerio de Trabajo de Camboya anunciara que un número significativo de mujeres emigrará a Malasia como personal doméstico, CARAM-Camboya empezaría a elaborar programas previos a la salida, CARAM-Malasia desarrollaría intervenciones para las mujeres camboyanas a su llegada al país y CARAM-Asia actuaría a nivel normativo acerca de cuestiones de interés como la prueba del VIH para estas mujeres.¹¹³

Los miembros de CARAM-Asia han indicado que escasean las intervenciones y los estudios sobre movilidad entre múltiples países y a múltiples niveles. También recuerdan, sin embargo, que «la experiencia en acción-investigación participativa obtenida con el programa de CARAM ha demostrado que la implicación de las propias personas para descubrir cuáles son los problemas, recopilar información y analizarla contribuye considerablemente a la viabilidad de las intervenciones que derivan de la investigación. La naturaleza de la investigación sobre el terreno del VIH/SIDA (comportamientos sexuales, prejuicios ocultos contra los extranjeros, personas con otras preferencias sexuales, etc.) multiplica la importancia de la cooperación de todos los implicados. Es muy improbable que las personas estigmatizadas y que temen la discriminación (o cosas peores) estén dispuestas a compartir información con otras personas de fuera».¹¹⁴

CARAM-Asia ha desarrollado recientemente un marco matriz para la intervención que engloba los conceptos de «vulnerabilidad (que induce a intervenciones de capacitación y potenciación de la comunidad), riesgo (que se relaciona con una intervención más personalizada y con la elección de opciones individuales) y derechos humanos (en conexión con las tareas de promoción y defensa pública)» y «oportunidades de tiempo, lugar y condiciones para ejecutar las intervenciones». El marco de intervención también presta atención explícita a las cuestiones de sexo. Las dimensiones relevantes de tiempo y lugar incluyen el proceso previo a la salida, la migración en sí misma, el periodo inicial de adaptación, la adaptación satisfactoria, la migración de retorno y la reintegración en la comunidad original.¹¹⁵

ii) Proyectos multiculturales sobre el SIDA en Australia

En el contexto de una atención considerable del Gobierno y las ONG a las comunidades étnicas, especialmente a los recién llegados, la Administración nacional y estatal de Australia ha financiado una serie de proyectos educativos sobre el VIH/SIDA orientados a las comunidades étnicas, en particular las grandes poblaciones que apenas hablan inglés o que no lo hablan en absoluto.

Un vídeo para los recién llegados (en seis idiomas, aparte del inglés), producido por el Proyecto Multicultural sobre el SIDA de Nueva Gales del Sur, obtuvo el Premio de Marketing Multicultural correspondiente a 1999.

¹¹³ Ibid, p. 28.

¹¹⁴ Wolffers I, Fernández I, Verghis S y Painter T. *A Model for Evaluating HIV/AIDS Interventions for Mobile Populations*. Comunicación presentada en el Quinto Congreso Internacional sobre el SIDA en Asia y el Pacífico, Kuala Lumpur, 23-27 de octubre de 1999.

¹¹⁵ Ibid, p. 8.

Todas las campañas nacionales y estatales sobre el VIH/SIDA en los medios de comunicación tienen como mínimo un componente multiidiomático, y en muchos casos la información impresa se traduce a más de 16 lenguas. Asimismo, en la mayor parte de Australia existe personal sanitario especializado en VIH y grupos étnicos, profesionales del sexo y usuarios de drogas intravenosas.

«El cuento de la sirena» es un folleto en lengua tagala para las filipinas que trabajan en la industria del sexo en Australia. Contiene información sobre cómo ganar y administrar dinero, así como consejos e información de salud para negociar relaciones sexuales seguras. Hay diferentes versiones del folleto para profesionales del sexo de distintos países.

Aunque oficialmente sólo los residentes legales pueden disponer de asistencia sanitaria financiada por el Gobierno, a veces son posibles ciertos «arreglos» informales. En Australia, los migrantes indocumentados con el VIH/SIDA pueden recibir tratamiento a través de la red de Centros de Salud Sexual. Esos centros ofrecen servicios confidenciales y no solicitan la identificación, mientras que la mayoría de los demás servicios sanitarios pide la cartilla de la seguridad social nacional, sólo disponible para los residentes legales. Esto significa que las personas con el VIH/SIDA sin residencia legal en Australia pueden obtener asistencia y tratamiento ambulatorios a un costo relativamente bajo o nulo; la oferta incluye antirretrovíricos, otros fármacos pertinentes y control sanitario. La situación se complica cuando los pacientes deben ingresar en un hospital, ya que han de tener la cartilla de la seguridad social, un seguro particular o pagar la asistencia de su propio bolsillo.

Australia proporciona un servicio nacional de traducción e interpretación (de acceso gratuito; 24 horas al día, siete días por semana) en más de 100 idiomas.

VI. Implicaciones para los responsables de formular políticas

Uno de los grandes problemas en el campo de la salud de los migrantes, especialmente por lo que respecta a las ITS/VIH y la salud reproductiva, es que la atención ha sido en gran parte limitada, desigual y esporádica.

El presente documento propugna un planteamiento más global –mundial–, con requisitos claros de liderazgo a cargo de diferentes organismos internacionales. Sin embargo, con independencia de las influencias de un programa «internacional» o «mundial», el lugar en el que se tomen las decisiones seguirá siendo el Estado nacional. El reto consiste en asegurar que los Estados comprendan que, por propio interés, deben prestar atención a las ITS/VIH en todos los pueblos del mundo. Además, los responsables de formular políticas deben evaluar todo el espectro de decisiones y garantizar que la salud de los migrantes no siga desapareciendo de la mayoría de los puntos del programa.

Tal como ha manifestado Parsons:¹¹⁶ «Si definimos la adopción de decisiones como un proceso en el que se eligen opciones o se selecciona la alternativa preferida, entonces la noción de decisión implica un punto o una serie de puntos en el tiempo y el espacio en los que los formuladores de políticas asignan valores. En este sentido, la adopción de decisiones se extiende a todo el ciclo de la elaboración de políticas; por ejemplo:

- Decisiones sobre qué convertir en un «problema».
- Qué información seleccionar.
- Elección de estrategias para influir en el programa de políticas.
- Elección de las opciones de políticas a considerar.
- Elección de una alternativa.
- Discriminación entre fines y medios.
- Decisiones sobre cómo se implanta una política.
- Decisiones sobre cómo pueden evaluarse las políticas.

En cada uno de estos puntos se toman decisiones. Algunas de ellas implican la asignación de valores y la distribución de recursos a través de la formulación de una política, o a juzgar por los logros continuados de un programa. Así pues, el poder decisorio radica en diferentes campos y a distintos niveles. A un nivel están las decisiones de los altos funcionarios que elaboran las políticas económicas y sanitarias del país; a otro, las decisiones de diferentes actores implicados en la “política de la salud”, a nivel hospitalario o de servicio local.»

Los organismos internacionales pueden ser capaces de ayudar a los países fomentando prácticas óptimas en cuanto a políticas y acuerdos que cubran todas las etapas del proceso de adopción de decisiones sobre el derecho de los migrantes a la salud, especialmente por lo que respecta al VIH/SIDA/ETS y otras cuestiones de salud reproductiva. Además, es necesario traducir los numerosos artículos de investigación en este campo, de modo que los poderes políticos y decisorios tengan un mejor acceso a la investigación y a las implicaciones políticas de la misma.

¹¹⁶ Parsons W. *Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*, Edward Elgar Publishing Ltd, Reino Unido, p. 245.

Los planificadores y formuladores de políticas deben reconocer que la igualdad de acceso a la información y los servicios sanitarios requiere a menudo una serie de estrategias diferentes y aditivas que garanticen un acceso real a todos los segmentos de la población, especialmente aquellos con los que es más difícil establecer contacto, como los migrantes ilegales. Con demasiada frecuencia, en los países industrializados particularmente, se declara que todo el mundo tiene acceso a asistencia sanitaria, sin hacer referencia ni prestar atención a los obstáculos prácticos y psicológicos que deben superar subpoblaciones como las mujeres, personas que hablan un idioma distinto, personas procedentes de diferentes sustratos culturales, personas de zonas rurales o regiones limítrofes, personas con pocos recursos económicos en contextos de mayor riqueza o personas a las que se culpa de haber contraído una infección de transmisión sexual.

En el presente documento se propugna una serie de cambios para mejorar la salud de los migrantes (en especial por lo que respecta a VIH/SIDA, otras infecciones de transmisión sexual y salud reproductiva) a nivel mundial, nacional y local. A modo de resumen, estos cambios consisten en:

- Reconocimiento del derecho al nivel máximo alcanzable de salud física y mental. En relación con las poblaciones migratorias, esto exige prestar atención al derecho a servicios de salud accesibles y asequibles, el derecho a condiciones saludables de vida y trabajo y el derecho a una educación sanitaria adecuada.
- Reconocimiento y observancia por parte de todos los países de los tratados y acuerdos internacionales que hayan suscrito, así como del derecho internacional consuetudinario pertinente. Al parecer, muchos países firman tratados/acuerdos internacionales, pero no siempre implantan las medidas necesarias para cumplir la letra y el espíritu de tales acuerdos.
- Aplicación general y observancia del Reglamento Sanitario Internacional.
- Medidas para asegurar que los principales países de emigración, tránsito y recepción tengan en vigor programas conjuntos/tripartitos de acceso a la salud que aborden todos los puntos de tiempo y de lugar en el proceso continuo que supone el desplazamiento de ciudadanos/trabajadores migratorios. Esto incluye el periodo previo a la salida, la migración en sí misma, la fase inicial de adaptación, la adaptación satisfactoria, la migración de retorno y la reintegración en la comunidad original.
- Programas de acceso a asistencia sanitaria para los viajeros y poblaciones migratorias que vayan más allá de la asistencia de emergencia y aborden el bienestar físico, mental y social, en particular por lo que respecta al VIH/SIDA, otras infecciones de transmisión sexual y la salud reproductiva.
- Mayor atención a la prevención en las políticas y el suministro de servicios sanitarios para las poblaciones migratorias/móviles, incluidos el desarrollo y ejecución generalizados de intervenciones a nivel comunitario.
- Para los migrantes y las poblaciones móviles dentro de los países, medidas para garantizar que todos los miembros de esos colectivos tengan un buen acceso a la prevención y la asistencia sanitaria relacionadas con el VIH/SIDA/ETS/salud reproductiva. Por ejemplo, un programa adecuado de educación sanitaria puede requerir la producción de material informativo sumamente específico en diversos idiomas.
- Atención a las desigualdades por razón de sexo involucradas a menudo en los movimientos migratorios, tanto dentro de los países como entre fronteras, y a las relaciones de sexo/poder que rigen con frecuencia el acceso de las mujeres a la información y la asistencia sanitaria.

- Comprensión por parte de los principales países de emigración de que las contribuciones al Producto Nacional Bruto que realizan los trabajadores migratorios que envían dinero a sus familias pueden verse equilibradas por la presión sobre los servicios sanitarios y sociales si dichos trabajadores vuelven a su país de origen enfermos o incapacitados.

VII. Conclusiones

Los migrantes pueden ser especialmente vulnerables al VIH/SIDA/ETS, pero a menudo son excluidos o simplemente descuidados en muchos programas de prevención y asistencia.

Los efectos de la mundialización parecerían exigir a los gobiernos, aunque sólo fuera por interés propio, que no permitieran el mantenimiento de esta situación. Hay pruebas, además, de que se están produciendo violaciones de los derechos humanos y otros valores éticos que deben afrontarse con urgencia a nivel local, nacional e internacional.

Cambiar este estado de cosas obligará a considerar toda una gama de factores socioeconómicos y políticos.

Los programas satisfactorios de prevención y asistencia del VIH/SIDA/ETS para las poblaciones migratorias tienden a ser aquellos que se desarrollan en colaboración y con la orientación de tales colectivos y que implican una movilización sustancial de la comunidad. Los programas deben asegurar el acceso a la asistencia e integrarse con otros proyectos locales y nacionales relacionados con el SIDA. Los educadores inter pares desempeñan a menudo un papel clave, pero la flexibilidad y el compromiso del personal son esenciales para supervisar y apoyar a tales educadores.

A los organismos gubernamentales les resulta especialmente difícil abordar cuestiones relativas a VIH/SIDA/ETS entre los migrantes indocumentados. Sin embargo, en diversos países y contextos las organizaciones no gubernamentales han demostrado que pueden acceder fácilmente y trabajar de forma eficaz con personas sin estatuto legal en los países en los que están viviendo.

Se han realizado progresos en la prevención de la propagación del VIH a y desde los migrantes, y también en la reducción del impacto de la enfermedad sobre los migrantes infectados por el VIH. En diferentes países y contextos se dispone de proyectos que abordan otras infecciones de transmisión sexual y temas de salud reproductiva para los migrantes y las poblaciones móviles. El reto consiste ahora en afrontar de manera más global las complejas cuestiones implicadas, en todos los países y a todos los niveles.

Recomendaciones

Es necesario establecer y ejecutar directrices y recomendaciones de políticas sobre la salud de los migrantes, en especial por lo que respecta al VIH/SIDA/ETS y la salud reproductiva. Son las organizaciones internacionales que trabajan en temas relacionados con la migración o la salud las que deben asumir el liderazgo en tales recomendaciones de políticas, y como asunto de máxima urgencia. La OIM puede contribuir a este proceso proporcionando un apoyo de centro de información sobre el estado y los progresos de las mejoras en la salud (de los migrantes) en los principales países remitentes y receptores.

Hay que prestar una atención mundial a las necesidades de acceso a la salud de los migrantes, especialmente por lo que respecta al VIH/SIDA/ETS. Será necesario emprender una acción estratégica a nivel mundial, regional, nacional y local. Deben coordinarse políticas, actividades e intercambio de información entre los países de origen, tránsito y asentamiento de los migrantes. Los organismos de las Naciones Unidas y las ONG y organizaciones internacionales pertinentes deben organizarse para asegurar que esto suceda.

Los países que reciben a migrantes tienen que adoptar políticas y prácticas de salud que eliminen los obstáculos económicos, administrativos e idiomáticos para el acceso de este colectivo a la salud. Tales políticas y prácticas deberían englobar específicamente todos los tipos de migrantes, incluidos los más vulnerables, como los trabajadores estacionales y los migrantes indocumentados. Las cuestiones relativas a la paridad entre los sexos tienen que integrarse dentro de las políticas y programas.

Es necesario reforzar los servicios de ETS y salud reproductiva para las poblaciones móviles/migratorias, además de –y como parte de– los programas de prevención y asistencia del VIH/SIDA.

Cuando sea apropiado, esos programas deben incluir el tráfico y las zonas interfronterizas.

Las intervenciones preventivas y asistenciales relacionadas con el VIH/SIDA/ETS y la salud reproductiva deben implicar a animadores y movilizados de la comunidad. Los miembros de los colectivos objetivo también tienen que participar en todas las etapas del proceso, desde la planificación y la ejecución hasta la evaluación de la promoción de la salud y los programas de suministro de servicios.

Apéndice. Instrumentos internacionales (y cláusulas pertinentes)

El siguiente apéndice pretende ofrecer algunas de las cláusulas fundamentales en los instrumentos internacionales pertinentes para el presente documento. Los textos completos pueden encontrarse en <http://www.unhchr.org>.

Carta de las Naciones Unidas (1945)

Art. 2. Para la realización de los Propósitos consignados en el Artículo 1, la Organización y sus Miembros procederán de acuerdo con los siguientes Principios:

1. La Organización esta basada en el principio de la igualdad soberana de todos sus Miembros.
4. Los Miembros de la Organización, en sus relaciones internacionales, se abstendrán de recurrir a la amenaza o al uso de la fuerza contra la integridad territorial o la independencia política de cualquier Estado, o en cualquier otra forma incompatible con los Propósitos de las Naciones Unidas.

Art. 10. La Asamblea General podrá discutir cualesquier asuntos o cuestiones dentro de los límites de esta Carta o que se refieran a los poderes y funciones de cualquiera de los órganos creados por esta Carta, y salvo lo dispuesto en el Artículo 12 podrá hacer recomendaciones sobre tales asuntos o cuestiones a los Miembros de las Naciones Unidas o al Consejo de Seguridad o a éste y a aquéllos.

Art. 55. Con el propósito de crear las condiciones de estabilidad y bienestar necesarias para las relaciones pacíficas y amistosas entre las naciones, basadas en el respeto al principio de la igualdad de derechos y al de la libre determinación de los pueblos, la Organización promoverá:

- a. niveles de vida más elevados, trabajo permanente para todos, y condiciones de progreso y desarrollo económico y social;
- b. la solución de problemas internacionales de carácter económico, social y sanitario, y de otros problemas conexos; y la cooperación internacional en el orden cultural y educativo; y
- c. el respeto universal a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión, y la efectividad de tales derechos y libertades.

Art. 56. Todos los Miembros se comprometen a tomar medidas conjunta o separadamente, en cooperación con la Organización, para la realización de los propósitos consignados en el Artículo 55.

Constitución de la Organización Mundial de la salud (1946)

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

Declaración Universal de Derechos Humanos (1948)

Art. 25. 1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966)

Art. 12. 1. Los Estados partes en el presente Pacto reconocen el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental.

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

- a) La reducción de la mortalidad y de la mortalidad infantil y el sano desarrollo de los niños;
- b) el mejoramiento en todos sus aspectos de la higiene del trabajo y del medio ambiente;
- c) la prevención y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y de otra índole y la lucha contra ellas;
- d) la creación de condiciones que aseguren a todos asistencia médica y servicios médicos en caso de enfermedad.

Art. 2. 1. Cada uno de los Estados partes en el presente Pacto se compromete a adoptar medidas, tanto por separado como mediante la asistencia y la cooperación internacionales, especialmente económicas y técnicas, hasta el máximo de los recursos de que disponga, para lograr progresivamente por todos los medios apropiados, inclusive, en particular, la adopción de medidas legislativas, la plena efectividad de los derechos aquí reconocidos.

2. Los Estados partes en el presente Pacto se comprometen a garantizar el ejercicio de los derechos que en él se anuncian, sin discriminación alguna por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición social.

3. Los países en vías de desarrollo, teniendo debidamente en cuenta los derechos humanos y su economía nacional podrán determinar en que medida garantizarán los derechos económicos reconocidos en el presente Pacto a personas que no sean nacionales suyos.

Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1966)

Art. 6. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho estará protegido por la ley. Nadie podrá ser privado de la vida arbitrariamente.

Art. 7. Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes. En particular, nadie será sometido sin su libre consentimiento a experimentos médicos o científicos.

Art. 17. 1. Nadie será objeto de injerencias arbitrarias o ilegales en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques ilegales a su honra y reputación.

2. Toda persona tiene derecho a la protección de la ley contra esas injerencias o esos ataques

Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial (1965)

Art. 5. En conformidad con las obligaciones fundamentales estipuladas en el artículo 2 de la presente Convención, los Estados partes se comprometen a prohibir y eliminar la discriminación racial en todas sus formas y a garantizar el derecho de toda persona a la igualdad ante la ley, sin distinción de raza, color y origen nacional o étnico, particularmente en el goce de los derechos siguientes: (...)

- e) Los derechos económicos, sociales y culturales, en particular: (...)
- iv) El derecho a la salud pública, la asistencia médica, la seguridad social y los servicios sociales.

Bibliografía

Acción Ciudadana Contra El SIDA – ACCSI. Cornieles C., Carrasco E. y Koch R. *Magdalena's story: The pregnancy of a HIV+ adolescent who lives in the streets of Caracas*. 1999.

Achmat Z., Barret C., Cohen B. *et al. HIV/AIDS and The Law: A Resource Manual*. Publicado por el AIDS Law Project and Lawyers for Human Rights, Sudáfrica, mayo de 1997.

Allin N. E. « The AIDS Pandemic: international travel and immigration restrictions and the World Health Organization's Response », *Virginia J. Int. Law*. 1988, 28 : p.1043-1063.

Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos/ONUSIDA. *Directivas internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos*. Naciones Unidas, Nueva York y Ginebra, 1998.

Appleyard R. y Wilson A. (eds.). «Migration and HIV/AIDS», *International Migration Quarterly Review*, Vol. 36 (4), 1998.

Archiv für Sozialpolitik AIDS Archiv. «Restrictions of entry and residence for people with HIV/AIDS: a global survey». Frankfurt, 1991.

Banco Mundial. *Workers in an Integrating World: World Development Report 1995*. Oxford. Oxford University Press, 1995.

Banco Mundial. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Oxford, Oxford University Press, 1997.

Berlinguer G. «Indivisibility and Globalization of Health», en: *The Effects of Globalization on Health*, informe de un simposio celebrado en la reunión anual del Foro de ONG sobre la Salud, Ginebra, mayo de 1998.

Bidjeh K., Zinsstag J. y Wyss K. *Santé des Nomades au Tchad. Un projet de Recherche et d'Intervention*. Ministère de l'Élevage, Tchad, Ministère de la Santé Publique, Tchad, Centre de Support en Santé Internationale, Tchad, Institut Tropical Suisse, 1999.

Bollini P. y Siem H. « No Real Progress Towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the eve of the Year 2000 », *Soc. Sci. Med.* Vol. 41, N° 6, p.819-828, 1995.

CARAM-Asia. *Coordination of Action Research on AIDS and Migration. The vulnerability of migrants to HIV/AIDS*. Junio de 1998.

Carta de Ottawa, WHO/HPR/HEP/95.1. Carta adoptada en una Conferencia internacional sobre fomento de la salud, noviembre de 1986.

Christakis N. A. « Responding to a Pandemic: International Interests in AIDS Control », en: Graubard S. R. (eds.) *Living with AIDS*, Cambridge, Massachusetts, MIT Press, 1990, p.329-351.

Colvin M., Abdool Karim S. S. y Wilkinson D. «Migration and AIDS». *The Lancet* 1995, 346: p.1304.

Comisión de Gestión de los Asuntos Públicos Mundiales. *Our Global Neighbourhood: The Report of the Commission on Global Governance*. Oxford University Press, 1995

Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA (ICASO). *Resumen para las ONG de las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos*. 1997.

Consejo Internacional de Organizaciones de Servicios sobre el SIDA (ICASO). *Guía para la Promoción de las Directrices Internacionales sobre el VIH/SIDA y los Derechos Humanos*, octubre de 1997.

Consejo Latinoamericano y del Caribe de Organizaciones no Gubernamentales de Servicios sobre el VIH/SIDA (LACCASO). *Rutas migratorias de Haití a República Dominicana: implicaciones para el VIH/SIDA y los derechos humanos de las personas infectadas*, informe preparado por Severino I. L., de Moya E. A., Sharboy V., Rowinsky P., Stephens R. y Esquea R., abril de 1999.

Decosas J. y Adrien A. « Migration and HIV ». *AIDS*, 1997, 11 (suppl. A). p.577-584

Decosas J., Kane F., Anarfi J. K., Sodji K. D. R. y Wagner H. U. «Migration and AIDS» *The Lancet*, 1995, 346, p.826-828.

Decosas J., *Labour Migration and HIV Epidemics in Africa*, intervención ante la Decimosegunda Conferencia Mundial sobre el SIDA, Ginebra, Suiza, julio de 1998.

Doupe A. *AIDS and Human Rights: Time for an Empowered Response*, tesis de licenciatura, septiembre de 1997.

Duckett M. y Orkin A. J. «HIV/AIDS-related migration and travel policies and restrictions: a global study». *AIDS*, 1989, 3 (suppl. 1), p.S231-252.

Egger M. Minder C.E. y Smith G.D. « Health inequalities and migrant workers in Switzerland », *Lancet* 816, 29 de septiembre de 1990.

Fernandez I. *Migration and HIV/AIDS Vulnerability in South East Asia*. Informe presentado en la Decimosegunda Conferencia Mundial sobre el SIDA, Ginebra, Suiza, julio de 1998.

Fidler D. P. « Globalization, International Law, and Emerging Infectious Diseases », *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 2, N° 2, abril-junio de 1996.

Fluss S., *Some recent patterns and trends in communicable disease legislation in selected European countries*, intervención presentada en la reunión de mayo de 1996 del proyecto Biomed 2 sobre enfermedades transmisibles, modos de vida y responsabilidad personal – derechos y ética.

FNUAP (Fondo de Población de las Naciones Unidas). Chung M. *Integrating Reproductive Health and STD/HIV Prevention Services: A Guide for Pacific Island Reproductive Health Programme Managers*. 1999.

Forrest DM. « Control of Imported Communicable Diseases: Preparation and Response ». *Canadian Journal of Public Health*, Vol. 87, N° 6, noviembre-diciembre de 1996, p.368-372.

Friedrich D. y Heckmann W (eds.). *AIDS in Europe – The Behavioural Aspect. Vol. 1: General Aspects*. 1995.

Gellert G. A. « International Migration and Control of Communicable Diseases », *Soc. Sci. Med.* Vol. 37, N° 12, 1993, p.1489-1499.

Gilmore N. *HIV/AIDS Legislation: Blame and Responsibility. The Saga of HIV-infected Haitian Refugees at Guantanamo Bay, Cuba*, intervención ante el National Council for International Health Workshop (EE.UU.), junio de 1995. Texto revisado, noviembre de 1995.

Gilmore N. *Human Rights Issues and Migration*, intervención presentada en la Decimosegunda Conferencia Mundial sobre el SIDA, Ginebra, Suiza, julio de 1998.

- Graubard S. R. (ed.) *Living with AIDS*, Cambridge, Massachusetts, MIT Press, 1990.
- Gruskin S., Mann J. y Tarantola D. (eds.). *Health and Human Rights Journal*, Vol. 2, N° 4. Special Focus: HIV/AIDS and Human Rights. 1998.
- Haour-Knipe M. y Rector R. *Crossing borders: migration, ethnicity and AIDS*. Londres, Taylor & Francis, 1996.
- Haour-Knipe M. y Aggleton P., « Social enquiry and HIV/AIDS », *Critical Public Health*, Vol. 8, N° 4, 1998, p.257-271.
- Haour-Knipe M. *In conclusion*, intervención presentada en la Decimosegunda Conferencia Mundial sobre el SIDA, Ginebra, Suiza, julio de 1998.
- Hendriks A. « The right to freedom of movement and the (un)lawfulness of AIDS/HIV specific travel restrictions from a European perspective ». *Nordic Journal of International Law* 59. Fasc. 2/3, 1990.
- Human Rights Internet. *Human Rights and HIV/AIDS: Effective Community Responses*, mayo de 1998.
- Instituto de Desarrollo de Ultramar, documento de información. *Global governance: An Agenda for the Renewal of the United Nations?* Julio de 1999 (2).
- Kane F., Alary M. Ndoye I. *et al.*, « Temporary expatriation is related to HIV-1 infection in rural Senegal. » *AIDS* 1993, N° 7, p.1261-1265.
- Laboratory Center for Disease Control, Health Canada. *Countries with HIV-Related Entry Restrictions*, diciembre de 1996.
- Loewenson R. y Whiteside A. *Social and Economic Issues of HIV/AIDS in Southern Africa*. Estudio preparado por SAfAIDS, Harare, marzo de 1997.
- Lomas J. « Social Capital and Health: Implications for Public Health and Epidemiology », *Soc. Sci. Med.* Vol. 47, N° 9, p.1181-1188, 1998.
- Lurie M., Garnett G., Abdool Karim S., Sturm W. Wilkinson D. y Williams B. *Research Protocol. Migration and the Spread of HIV and Other Sexually Transmitted Diseases in South Africa: Interlocking Urban and Rural Cohort Studies*, enero de 1998.
- Mann J., Tarantola D. J. M. y Netter T. W. (eds.). *AIDS in the World: A Global Report*. Cambridge, Massachusetts, Harvard University Press, 1992.
- Merchant Navy Welfare Board, UK: *Seafarers: EC Co-ordination of Information on HIV and STDs. Final Report*, 1998.
- Ministerio de Asuntos Exteriores y de Comercio de Nueva Zelandia. *NZODA Regional Health Programme Initiatives*, 1997-1999.
- Mishra S. I., Conner R. F. y Magana J. R. (eds.). *AIDS. Crossing Borders: The Spread of HIV Among Migrant Latinos*. Colorado, Westview Press, 1996.
- Montgomery J., 1992. Recognising a right to health. En: Beddard R. y Dilys, D. M. (eds.), 1992. *Economic, social and cultural rights: Progress and achievement*. Nueva York, St. Martin's Press, p. 184-203.
- Naciones Unidas. Ayton-Shenker D. *The Challenge of Human Rights and Cultural Diversity*. Documento de referencia de las Naciones Unidas. DPI/1627/HR, marzo de 1995.

Naciones Unidas. *Declaración universal de derechos humanos, 1948-1998*. Servicios de Información Pública de las Naciones Unidas, junio de 1998.

Network of Sex Work Projects (NSWP). *Making sex work safe*. Londres, 1997.

Ngwena C. *AIDS and Right to Access to Treatment: The Scope and Limits*, informe presentado en la Decimoprimer Conferencia Internacional sobre el SIDA y las ETS en África, Lusaka (Zambia), 12-16 de septiembre de 1999.

OIT (Organización Internacional del Trabajo). *Los trabajadores migratorios*, 87ª reunión de la Conferencia Internacional del Trabajo, Informe III (Parte 1B). Ginebra, 1999.

OMS (Organización Mundial de la Salud). *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*, Alma-Ata (URSS), 6-12 de septiembre de 1978

OMS. *Background Paper: Long Term Travel Restrictions and HIV/AIDS*. Programa Mundial sobre el SIDA, OMS, octubre de 1994.

OMS. *Report of the Preparatory Meeting for a Consultation on Long Term Travel Restrictions an HIV/AIDS*. Programa Mundial sobre el SIDA, octubre de 1994.

OMS. *Removing Obstacles to Healthy Development: Report on Infectious Diseases*. WHO/CDS/99.1, 1999.

OMS. *Informe sobre la salud en el mundo 1999. Cambiar la situación*. 1999.

OMS. *World Health Opportunity: Developing Health, Reducing Poverty*. Informe de una reunión, mayo de 1999.

OMS. *Discurso de la Dra. Gro Harlem Brundtland, Directora General de la OMS, ICPD+5*, La Haya, 8-12 de febrero de 1999.

OMS. *Tuberculosis in the Western Pacific*, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico occidental, 1999.

OMS. Comunicado de prensa WHA/13 de 22 de mayo de 1999, *WHO to Address Trade and Pharmaceuticals*.

OMS. Murray C. J. L. y Lopez A. D. (eds.). *Health Dimensions of Sex and Reproduction: the Global Burden of Sexually Transmitted Diseases, HIV, Maternal Conditions, Perinatal Disorders, and Congenital Anomalies*. Global Burden of Disease and Injury Series, Harvard, 1999.

OMS. *Hoja de datos N° 186: Young People and Sexually Transmitted Diseases*, diciembre de 1997.

ONUSIDA. *Informe del ONUSIDA*. ONUSIDA/99.29E, junio de 1999.

ONUSIDA. *Migration and HIV/AIDS*. Documento preparado por la Junta de Coordinación del Programa del ONUSIDA, diciembre de 1998.

ONUSIDA. Actualización del ONUSIDA: *The public health approach to STD control*, mayo de 1998.

ONUSIDA. Actualización del ONUSIDA: *Migración y VIH/SIDA*, ONUSIDA, 2000.

ONUSIDA, comunicado de prensa : *Funcionarios de las Naciones Unidas en Lusaka se comprometen a reforzar la acción contra el SIDA en África*. Lusaka, 15 de septiembre de 1999.

ONUSIDA. Fages V. *Migration and AIDS in South Africa: A Public Health Issue*, ONUSIDA Pretoria, marzo de 1999 (inérito).

ONUSIDA. *Report of the Executive Director; UNAIDS Programme Coordinating Board*, UNAIDS/PCB (8)/99.2, junio de 1999.

Parsons W. *Public Policy. An Introduction to the Theory and Practice of Policy Analysis*. Edward Elgar Publishing Ltd, Reino Unido, 1997.

Piot P. « Sexually transmitted diseases in the 1990s. Global epidemiology and challenges for control ». *Sex Transm. Dis.*, marzo-abril de 1994, 21 (Suppl. 2), p.S7-13.

Proyecto Europeo SIDA y Movilidad. *AIDS and Mobility Annual Report 1998, Planned Activities 1999*, 1999.

Proyecto Europeo SIDA y Movilidad. *AIDS &STDs and Migrants, Ethnic Minorities and other Mobile Groups; the State of Affairs in Europe*, de Putter J. (eds.), junio de 1998.

Proyecto Europeo SIDA y Movilidad: *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – conclusions and recommendations*, agosto de 1999.

Proyecto Europeo SIDA y Movilidad. *Access to New Treatments for Migrants Living with HIV and AIDS – Second Annual Seminar, National Focal Points, European Project AIDS & Mobility*. Clarke K. y Bröring G. (eds.), octubre de 1999.

Proyecto Europeo SIDA y Movilidad. *Declaración de Atenas*, noviembre de 1999.

Proyecto Europeo SIDA y Movilidad. *Bibliografía*, febrero de 1997.

Proyecto Europeo SIDA y Movilidad. «*Equal Opportunities in Public Health*». *A European Meeting on the Vulnerability of socially disadvantaged groups in public health*, Bonn, septiembre de 1996.

Proyecto Europeo SIDA y Movilidad. *Exchange Meeting: HIV/AIDS Prevention and Care Programmes among Migrants*, Ginebra, julio de 1998.

Proyecto Europeo SIDA y Movilidad. *AIDS and Mobility Annual Report 1999, Planned Activities 2000*, 2000.

Proyecto Europeo SIDA y Movilidad. *Literature and Materials*, febrero de 2000.

Proyecto transnacional de prevención del SIDA et las ETS entre las prostitutas emigradas en Europa (EUROPAP/TAMPEP), *October 96/September 97 Final Report*, 1997, octubre de 1997.

Red Europea sobre la Prostitución Masculina. *First Interim Report*. 1998.

Secretaría del Foro del Pacífico Sur. *HIV/AIDS Among Seafarers in the Pacific Region: A Situational Analysis*. 1999.

Secretaría del Foro del Pacífico Sur. *Report on Seafarers Project. PASA 18*, 1999.

Singhanetra-Renard A. « Population movement and the AIDS epidemic in Thailand », informe presentado en un seminario del IUSSP sobre las subculturas sexuales y la migración en la era del SIDA y las ETS, Bangkok (Tailandia), marzo de 1994.

Somerville M. A. y Orkin A. J. « Human rights, discrimination and AIDS: concepts and issues », *AIDS* 1989, N° 3 (suppl. 1), p.S283-287.

Somerville M. A. y Wilson S. « Crossing Boundaries: Travel, Immigration, Human Rights and AIDS », *McGill Law Journal*, 1998, Vol. 43, p.782-835.

Tan M. « Migration and Risk », *AIDS action*, N° 40, julio-septiembre de 1998.

Tenaganita. *Solidariti Migran*. N° 1, junio de 1998.

Tomasevski K., 1995. « Health rights », En: Eide A., Krause C. y Rosas A. (eds.), 1995. *Economic, social and cultural rights: A textbook*. Dordrecht, Boston, Londres, Martinus Nijhoff Publishers, p.125-142.

van Beelen N., Wolfers I. y Brussa L. (eds.). *Research for Sex Work*. Junio de 1998.

van den Berg R. G. *Migrants with HIV/AIDS and acces to health care in Europe: human rights aspects*. Proyecto Europeo SIDA y Movilidad, febrero de 1999.

Wahdan M. H. « Shortcomings in the Current Version of the International Health Regulations and Difficulties in their Implementation », *Consulta informal de la OMS para examinar la respuesta mundial a la epidemia y la aplicación del Reglamento Sanitario Internacional*, diciembre de 1995, EMC/IHR/GEN/95.4.

Wolfers I. y Fernandez I. « Migration and AIDS » *The Lancet* 1995, 346, p.1303.

Wolfers I., Fernandez I., Verghis S. y Painter T. *A Model for Evaluating HIV/AIDS Interventions for Mobile Populations*, informe presentado en el Quinto Congreso Internacional sobre el SIDA en Asia y el Pacífico, Kuala Lumpur (Malasia), 23-27 de octubre de 1999.

Ybanez RFC. « Breaking Borders: Migration and HIV/AIDS » *AIDS action*, N° 40, julio-septiembre de 1998.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) es el principal impulsor de la acción mundial contra el VIH/SIDA. Reúne a ocho organizaciones de las Naciones Unidas en un esfuerzo común para luchar contra la epidemia: el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP), el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas (PNUFID), la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Banco Mundial.

El ONUSIDA moviliza las respuestas de sus ocho organizaciones copatrocinadoras a la epidemia y complementa esos esfuerzos con iniciativas especiales. Su objetivo es encabezar e impulsar la ampliación de la respuesta internacional al VIH/SIDA en todos los frentes: médico, de la salud pública, social, económico, cultural, político y de los derechos humanos. El ONUSIDA colabora con múltiples asociados –gubernamentales y de ONG, empresariales, científicos y de otros campos– para compartir conocimientos teóricos y prácticos así como prácticas óptimas más allá de los límites de las fronteras.

Aunque no existe una definición consensuada de lo que es un migrante, se calcula que cada año hay probablemente unos dos mil millones de personas que se desplazan en todo el mundo. Los migrantes pueden ser especialmente vulnerables al VIH/SIDA/ETS, pero a menudo se los excluye o simplemente descuida en muchos programas de prevención y asistencia. El presente documento esboza las principales leyes, políticas y prácticas óptimas existentes en relación con los derechos de los migrantes a la salud, y a la asistencia, tratamiento, apoyo y prevención asociados. Propugna una serie de cambios inmediatos para mejorar la salud de los migrantes y concluye con recomendaciones para el futuro desarrollo de políticas que mejoren el estado de salud de las poblaciones migratorias.



Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA

ONUSIDA

UNICEF • PNUD • FNUAP • PNUFID • OIT
UNESCO • OMS • BANCO MUNDIAL

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA)

20 avenue Appia – 1211 Ginebra 27 – Suiza

Teléfono: (+41) 22 791 36 66 – Fax: (+41) 22 791 41 87

Dirección electrónica: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>