

SPEAK OUT/EN VOZ ALTA

Doing Away With Travel Restrictions

Ron MacInnis*

The word “travel” often means to take a vacation, pack your suitcases. However, there is a global movement to change the term “travel restrictions” related to HIV, because it’s not just about travel; it’s about entry into countries, stay in countries, and residence in countries. There are about 67 countries around the world that have some sort of discriminatory policy. They either deny people entering into their country, solely their HIV status. Other countries may let you in, but you cannot immigrate into the country. You can live and work there but you can never become citizen of the country. Other countries, if they find out that you are HIV positive, they deport you. If people HIV positive are going the United States, they will lie on the immigration form and keep their medications at home because if their medications are found in customs they can be questioned. So they stop taking their medication to go for their business trip or for their vacation or for their conference or meeting. In countries that have these restrictions, people living with HIV are afraid to access health care services, and so, only go to a health center when they are very sick.

I’m from the United States, I’m living with HIV, I could travel the world mostly anywhere, because discrimination is also based on status, economic class, and ethnic groups. A lot of Africans who are traveling around the world face discrimination because a lot of other countries have very specific restrictions. They will not let students in; they will not let migrant workers in, all of this if you are HIV positive. If countries continue to have these restrictions, they are not helping control the epidemic. What they are doing is that they’re pushing HIV underground. Not only that, they’re perpetuating stigma, by telling people that “foreigners living with HIV are bringing the epidemic in and we don’t want them in our country”. So, the UN formulated a task team made of civil society, governments and people living with HIV/AIDS, where we’ve had 3 major meetings so far and we’ve come up with some recommendations that we’re going to provide to the Global Fund and to UNAIDS on how governments should be advised to get rid of these restrictions.

*Director of Policy and Programs, IAS

Echar abajo restricciones de viaje

Ron MacInnis*

Al escuchar la palabra viaje a menudo pensamos en vacaciones, en hacer maletas. Sin embargo existe un movimiento global para cambiar la expresión “restricciones de viaje” relativas al VIH, pues no se refieren únicamente a viajar sino a la entrada, permanencia y residencia en algún país. Existen alrededor de 67 países en el mundo que practican algún tipo de política discriminatoria; niegan la entrada a personas basándose única y exclusivamente en su estado serológico. Otros países pueden permitirte la entrada, pero no internarte en su territorio; puedes trabajar y residir ahí, pero jamás podrás adquirir la ciudadanía. Algunos más te deportan en caso de averiguar que vives con VIH. Al viajar a Estados Unidos las PVVIH mienten en la solicitud migratoria y dejan sus medicamentos en casa, pues serían cuestionados si los detectan en la aduana; así que suspenden su tratamiento para hacer sus viajes de negocios, ir de vacaciones y acudir a conferencias o reuniones. Las PVVIH tienen miedo de acudir a los servicios de salud en los países que tienen este tipo de restricciones, y sólo recurren a un centro médico cuando ya están muy enfermos.

Yo soy estadounidense y vivo con VIH; puedo viajar por cualquier parte del mundo porque la discriminación también se basa en estatus social, clases económicas y grupos étnicos. Numerosos africanos que viajan por el mundo enfrentan la mayor discriminación debido a que muchos otros países tienen restricciones muy específicas: niegan el acceso a estudiantes y trabajadores migrantes si descubren que son VIH positivos. Al continuar con estas restricciones los países no colaboran en la respuesta a la epidemia, más bien empujan el VIH a la clandestinidad. Encima de eso perpetúan el estigma al decir a la gente que los extranjeros viviendo con VIH “nos traen la epidemia y, por lo tanto, no los queremos en nuestro país”. En respuesta a esto, Naciones Unidas creó un equipo de tarea formado por organizaciones de la sociedad civil, gobiernos y PVVIH, con el cual ya sostuvimos 3 reuniones importantes donde concluimos algunas sugerencias — que enviaremos al Fondo Global y a ONUSIDA— en cuanto a qué recomendaciones deben dirigirse a los gobiernos para poner fin a las restricciones.

*Director de políticas y programas de IAS



Ricardo Ramirez Arriola

AIDS: A Rising Problem among Native Populations

Indigenous, First Nation, and Afrodescendant groups normally live in a shared hostile environment. Discrimination, poverty, and violation of their human rights increases their vulnerability to HIV

To immerse oneself in the analysis of HIV and indigenous communities is to draw near a setting of cultural, social, and economical tensions and challenges which are still evident and envelop an environment of social and racial discrimination.

They are faced with more than just a few adversities. These place them in situations of potential risk for contracting HIV and other STIs. The different perspectives in response to the infection of these groups and the difficulties they face were analyzed in the bridging session Indigenous People, First Nations, and Afrodescendants Confronting HIV/AIDS: Breaking the Silence.

“We have had conquerors, invaders, destroyers, murderers; now, the killer is a

new one called AIDS,” warned Willy Morales, indigenous Mapuche-Williche, from the PLHIV association Kelwo from Chile. “I ask the global community to turn their eyes once more upon us, the natural children of the Earth. We have a thousand years of history and 500 years of government imposed violence and conquests,” he said.

Participating community leaders from Nicaragua, Senegal, Canada, and Mexico concurred when they pointed out common problems, such as migration in search of better living conditions; the loss of culture, traditions, and language; plus, the few inaccessible health systems, unemployment, gender violence, lack of education, and the lack of public policies which address these issues.

SIDA, problema emergente entre los pueblos originarios

Pueblos indígenas, nativos y afrodescendientes tienen en común el entorno hostil en que suelen vivir. La discriminación, la pobreza y la violación de sus derechos aumenta su vulnerabilidad al VIH

Adentrarse en el análisis del VIH y las comunidades indígenas es aproximarse a un escenario de retos y tensiones culturales, sociales y económicas que aún se mantienen invisibles y rodeadas de un entorno de discriminación social y racial.

No son pocas las adversidades a las que se enfrentan, y que los colocan en situaciones de riesgo potencial de contraer el VIH y a otras ETS. En la sesión puente “Personas indígenas, nativos y afrodescendientes enfrentando el VIH/SIDA: Romper el silencio”, se analizaron las perspectivas de respuesta a la infección entre estas poblaciones y las dificultades a las que se enfrentan.

“Ya tuvimos unos conquistadores, invasores, destructores y, asesinos; ahora el asesino es otro

y se llama SIDA”, alertó Willy Morales, indígena mapuche-williche, de la organización Kelwo de PVVIH, de Chile. “Le pido al pueblo global que vuelva los ojos hacia nosotros, los hijos naturales de la tierra. Tenemos mil años de historia y 500 años de conquistas y violencia por parte de los gobiernos”, dijo.

En sus participaciones, líderes comunitarios de Nicaragua, Senegal, Canadá y México coincidieron en señalar problemas comunes, como la migración en busca de mejores condiciones de vida, la pérdida de su cultura, sus tradiciones y su lenguaje, los pocos e inaccesibles sistemas de salud, el desempleo, la homofobia, la violencia de género, la falta de educación y la falta de políticas públicas que se enfoquen en ellos.

Prejudice Against IDUs Hinders Universal Access Damage Reduction Policies

During yesterday's plenary session, Dr. Adeeba Kamarulzaman of the University of Malaysia in Kuala Lumpur, stated that IDUs have a considerably small access to ART compared to the rest of the people living with HIV. The barriers to access health care include cost, inadequate infrastructure, stigma, and discrimination, besides the lack of treatment during reclusion or obligatory internment into rehabilitation and detoxification centers.

To battle these issues, Kamarulzaman outlined attention models—integrating psychiatric treatment of HIV and drug use—located in unconventional health care centers.

Dr. Kamarulzaman informed that out of the 188 countries registering HIV epidemics among UDIs, only 77% include programs for reducing damage; he also stated, “generalized moral prejudice against drug user represents the major obstacle for reducing damage through universal action.”

China, Georgia, Indonesia, Kazakhstan, Kyrgyzstan, Malaysia, Russia, Tajikistan, Ukraine, and Vietnam suffer HIV epidemics concentrated on IDUs who don't receive any kind of treatment. There are emergent epidemics in Kenya and Nigeria, leaving 46,800 IDUs in need of attention.

Kamarulzaman explained, “...even in nations that have supported these programs for years there is a great disparity between services dedicated to reducing damage and the enacting laws to regulate drug use.”

For example, the Canadian national strategy against drugs only invests 2% of its budget for damage reducing policies. The above mentioned is caused by the lack of clarity concerning international organizations' agreements regulating the use and circulation of drugs.

During the Vienna Convention, in 1988, the United Nations General Assembly Special Session (UNGASS) criminalized everything related to consumption, production, and

possession of illegal narcotics. In 2005, they recommended to implement prevention programs including the use of condoms and the distribution of sterilized syringes among IDUs. Finally, in 2008, UNGASS recommended governments to decrease the demand and illegal drugs supply.

Among their essential action taken for HIV prevention, UNAIDS includes programs focused on IDUs by means of damage reducing policies. However, these policies cannot be effectively implemented due to some existing regions, like the US and Southeast Asia, with extremely restrictive legislations for drug consumption.

Due to this reason, Dr. Kamarulzaman stated that the contradictions presented, in the UN, when faced to dealing with the HIV epidemic is, on one hand, a punitive approach to their drug control policies of “sending a confusing message to member countries, discrediting the effort to provide health care services for IDUs”.

Reduction policies use therapies consisting of consistent drugs substitution and administration, under medical surveillance, of a psychoactive substance to decrease problems related to abstinence.

In Malays, Dr. Kamarulzaman created an interdisciplinary group and a Needle Interchange Centre to demonstrate that reducing damage really helps decreasing the number of new HIV-infection in IDUs.

Also part of the UN Executive Committee of Regional Workforce for HIV Prevention among IDU and also member of the UN-HIV Reference Group and Injection Drug Use, she concluded, “we should not argue anymore about the benefits of reducing damage. We only have to broaden the programs granting public health care services based on science and human rights.”

Finally, she appealed the Iranian government to free the doctors Kamiar Alei and Arash Alei, detained in July 2008, internationally known for fighting AIDS.

Prejuicios contra consumo de drogas obstaculizan acceso universal a políticas de reducción de daños

Los usuarios de drogas inyectables (UDI) tienen un acceso desproporcionadamente menor a los antirretrovirales en comparación con el resto de las personas que viven con VIH/sida. Las barreras para acceder al cuidado incluyen el costo, la infraestructura inadecuada, el estigma y la discriminación, así como la falta de tratamiento durante la reclusión o internación obligatoria en centros de rehabilitación y desintoxicación, expuso en la sesión plenaria de ayer la Dra. Adeeba Kamarulzaman, de la Universidad de Malasia en Kuala Lumpur, Malasia.

Para combatir estos problemas, Kamarulzaman pidió desarrollar modelos de atención ubicados en centros de salud no convencionales que integren tratamientos siquiátricos contra el VIH y contra el abuso de sustancias.

“Los prejuicios morales generalizados sobre el consumo de drogas son el mayor obstáculo para el acceso universal a la reducción de daños”, aclaró la doctora, quien informó que de los 188 países que registran epidemias de VIH en poblaciones de UDI, sólo 77 cuentan con programas de reducción del daño.

China, Georgia, Indonesia, Kazakstán, Kyrgyzstán, Malasia, Rusia, Tayikistán, Ucrania y Vietnam tienen epidemias de VIH concentradas en UDI, que no están recibiendo tratamiento alguno. En Kenia y Nigeria hay epidemias emergentes en esa población, donde de 46,800 UDI también necesitan atención.

“Hay una gran disparidad de fondos entre los servicios de reducción del daño y la elab-

boración de leyes relacionadas con el uso de drogas, incluso en naciones que apoyan desde hace tiempo dichos programas”, explicó Kamarulzaman.

Por ejemplo, en la estrategia nacional canadiense contra las drogas, sólo se invierte dos por ciento del presupuesto en políticas de reducción del daño. Esto se debe a la falta de claridad de los acuerdos que organismos internacionales estipulan respecto al uso y circulación de estupefacientes.

En la Convención de Viena en 1988, la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (UNGASS), criminalizó todo lo relacionado con el consumo, producción, distribución y posesión ilícita de estupefacientes. En 2005, recomendó implementar programas de prevención que incluyeran el uso de condones y el reparto de jeringas esterilizadas a UDI. Finalmente, en 2008 UNGASS recomendó a los gobiernos reducir la demanda y el suministro ilícito de drogas.

Dentro de sus acciones esenciales para la prevención del VIH, ONUSIDA incluye programas enfocados en UDI a través de políticas de reducción del daño. Sin embargo, estas políticas no pueden ser implementadas eficazmente debido a que todavía existen regiones, como Estados Unidos y el sudeste asiático, con legislaciones extremadamente restrictivas sobre el consumo de drogas.

Por esta razón, la Dra. Kamarulzaman sostuvo que las contradicciones presentes en el abordaje de la epidemia del VIH en

la Organización de las Naciones Unidas (ONU), por un lado, y el enfoque punitivo de sus políticas de control de drogas “envían un mensaje confuso a los países miembros, menoscabando los esfuerzos de proveer servicios a los UDI”.

En las políticas de reducción del daño se utilizan terapias de sustitución de drogas consistentes en administrar, bajo supervisión médica, una sustancia psicoactiva que disminuya los problemas relacionados con la abstinencia.

En Malasia, la Dra. Kamarulzaman creó un grupo interdisciplinario y un Centro de Intercambio de Agujas para demostrar que la reducción del daño realmente ayuda a disminuir la incidencia de nuevas infecciones por VIH en los UDI.

“Ya no debemos discutir sobre los beneficios de la reducción del daño. Simplemente hay que expandir los programas otorgando servicios de salud pública basados en la ciencia y en los derechos humanos”, concluyó la también integrante del Comité Ejecutivo de la Fuerza de Trabajo Regional de las Naciones Unidas para la Prevención del VIH entre Usuarios de Drogas y miembro del Grupo de Referencia sobre VIH y Uso de Drogas Inyectables de las Naciones Unidas.

Finalmente, la doctora hizo un llamado al gobierno iraní para que liberen a los doctores Kamiar Alei y Arash Alei, conocidos internacionalmente por su lucha contra el VIH/SIDA, detenidos en junio de 2008.



Ricardo Ramírez Arriola

“We should not argue anymore about the benefits of reducing damage. We only have to broaden the programs granting public health care services based on science.” Adeeba Kamarulzaman

“Ya no debemos discutir sobre los beneficios de la reducción del daño. Hay que expandir los programas otorgando servicios de salud pública basados en la ciencia”, Adeeba Kamarulzaman

Comunidad

Community

todaywerecommend
hoyrecomendamos

Women Take the Lead
Oral Abstract Session
SR 7, 14:30

Las mujeres toman
el liderazgo
Sesión de Resúmenes Orales
SR 7, 14:30

Changing the Rules of the Game in Order to Beat Gender Violence

Violence and HIV are two pandemics suffered by women from all around the world. The Violence against Women Report asserts that one out of three women will be subject to aggression throughout all her life.

These phenomena can be a cause and a consequence of HIV/AIDS. A cause because some women are being abused when they reveal their HIV+ status and a consequence due to forced sexual intercourse.

During Tuesday's symposium that dealt with the theme of HIV related violence against women, activists and specialists debated the challenges related to this problem.

Dr. Charlotte Watts from the UK expounded, "sexual violence against women is frequently committed by their male partners: the high index of forced sexual intercourse and the poor negotiation on condom usage, are only a few examples".

Dr. Claudia Garcia Moreno of the World Health Organization, commented, "...when one lives in an environment of domestic violence, the risks of HIV exposure, and the difficulty of getting quality treatment, increase." She therefore recommended designing specific pre-

vention programs aimed at both men and women.

However, she acknowledged small amount of research on the subject, which is why strategies need to be designed based on evidence of behavioural changes which seek to establish greater gender equity relationships.

During her intervention, Anna-Louis Crago, Canadian activist, remarked that sex workers are even more vulnerable "due to a lack of support against the violence committed against us by diverse male sectors."

At last, Dr. Bafana Khumalo talked about her experience in South Africa. More than a thousand men answered a survey in which they were asked about subjects related to violence towards women. Many answered that the government often speaks of "gender related violence", but that they had no idea what to do when faced with this problem.

Due to the above mentioned, the South African activist celebrated that during one of his workshops a man told him "yesterday I went home and I told my children that the rules were going to change, that we would share the domestic chores with their mother."

Male and Transgender Sexual Work



Ricardo Ramirez Arriola

Sexual Workers are a group vulnerable to HIV/AIDS transmission. To understand the problem it is necessary to study the risk practices and the social problems related to gender identity. For example, a situation common throughout Latin America is the difficulty Colombian sex workers have in accessing health services because they have no official identification which recognizes their condition. This, along with other topics, was covered in Monday's session Male and Transgender Sex Workers: Identities and Vulnerabilities.

Trabajo sexual masculino y transgénero



Ricardo Ramirez Arriola

Las y los trabajadores sexuales son un sector vulnerable a la transmisión del VIH/sida. Para comprender el problema deben estudiarse las prácticas de riesgo y los problemas sociales relacionados con la identidad de género. Un ejemplo es la dificultad para acceder a los servicios de salud que las trabajadoras sexuales transgénero tienen en Colombia por la falta de una identificación oficial que respete su condición, una situación común en Latinoamérica. Éste y otros temas se abordaron en la sesión "Hombres y transgéneros trabajadores sexuales: identidades y vulnerabilidades", realizada el lunes pasado.

Cambiar las reglas del juego para vencer la violencia de género

La violencia y el VIH son dos pandemias que padecen las mujeres alrededor del mundo. El Reporte de Violencia Contra las Mujeres asegura que una de cada tres mujeres será víctima de agresiones durante toda su vida.

Este fenómeno puede ser causa y consecuencia del VIH/sida. Una causa porque algunas mujeres sufren abusos cuando revelan su seropositividad, y una consecuencia debido a las violaciones y a las relaciones sexuales forzadas.

En el simposio del martes donde se abordó el tema de la violencia contra mujeres ligado al VIH, activistas y especialistas discutieron los desafíos relacionados con este problema.

"La violencia sexual contra muchas mujeres es ejercida frecuentemente por sus parejas masculinas: el índice de coitos forzados y la pobre negociación del uso del condón, son sólo algunos ejemplos", expuso la doctora Charlotte Watts, del Reino Unido.

Por su parte, la doctora Claudia García Moreno, de la Organización Mundial de la Salud, comentó que "cuando se vive un clima de violencia doméstica, aumentan los riesgos de infección y la dificultad para tener un buen tratamiento contra el VIH", por lo que recomendó diseñar programas específicos de

prevención dirigidos tanto a hombres como a mujeres y para ambos.

Sin embargo, reconoció que las investigaciones sobre el tema todavía son escasas, por lo que se necesita diseñar estrategias basadas en evidencias del cambio de conducta que busquen relaciones de género más equitativas.

En su intervención, Anna-Louis Crago, activista canadiense, destacó que las trabajadoras sexuales son aun más vulnerables "porque no tenemos apoyo contra la violencia que diversos sectores masculinos ejercen sobre nosotras".

Finalmente, el doctor Bafana Khumalo compartió su experiencia en Sudáfrica. Más de mil hombres contestaron una encuesta donde se les preguntaba sobre temas relacionados con la violencia hacia las mujeres. Muchos de ellos contestaban que el gobierno habla frecuentemente de "violencia de género", pero no tenían idea de qué hacer cuando se enfrentan con este problema.

Por eso, el activista sudafricano celebró que en uno de sus talleres, un hombre le dijera "ayer fui a casa y le dije a mis hijos que a partir de ahora las reglas iban a cambiar, que compartiríamos con su madre las labores domésticas".



Iván Bastida Aguilar



Crossing Borders and Facing Risks: Mexican Migrants in the United States

In the session TUAD02: "Se Fue al Gabacho": Mexico-US Migration and Vulnerability to HIV and AIDS on Tuesday, August 5th, attendees can listen to experts discussing the issue of the migrants' vulnerability to the HIV/AIDS epidemic. Those traveling between the US and Mexico, and those living right here in Mexico City, are of particular importance.

In what appears to be a central theme, HIV/AIDS prevention programs and access to health services cover more women than men in the Zapotec and Mixtec communities from Oaxaca, who have migrated to California.

Regarding the effect of migration on HIV high-risk behaviors among Mexican migrants, one study noticed an alarming increase of mi-

grants having sex with FSW's, and of having sex while under the influence of drugs or alcohol. This scenario is particularly worrisome for Mexico because if and when these migrants return to Mexico, as there continues to be a deficiency in services for sexual health.

One suggested method to benefit Mexican migrant workers would be the implementation of more multicultural support groups. Migration related language-barriers are also reported to cause depression, isolation, fear and a withdrawal from mainstream society among migrant workers. There are already several groups in the Bay Area, US, who have noticed significant results in the implementation of multicultural support groups. Impact

evaluations show that members have an increased sense of self, improved knowledge of HIV prevention and care, and a sense of belonging to the communities they live in.

The largest group of indigenous Mexican migrant laborers working in US and Mexican agricultural sites are the Mixtecs. In one survey done in San Diego, US, one third reported vaginal, anal, or oral sex during their stay. More alarming are the 21 percent who reported having sex in exchange for money, food, or drugs. Also 50 percent of sexually active migrant workers reported having sex with sex workers.

The above-mentioned, clearly indicates the necessity to implement a strategic plan between the US and Mexico that benefits



Ricardo Ramirez Arriola

both countries. Such a bi-national program would protect the people in both countries by providing support, and plans for prevention and harm-reduction.

Cruzando fronteras y enfrentando riesgos: migrantes mexicanos en Estados Unidos

En la sesión del martes 5 de agosto, TUAD02: "Se fue el gabacho": la migración México-EU y la vulnerabilidad ante VIH y SIDA, los asistentes pudieron escuchar a varios expertos discutiendo el tema de la vulnerabilidad de los migrantes ante la epidemia del VIH/SIDA. Aquellos que viajan entre los Estados Unidos y los que viven aquí en el DF tienen una especial importancia.

En lo que parece ser un tema central, los programas de prevención y acceso a los servicios de salud del VIH/SIDA, las mujeres tienen mayor cobertura que los hombres de las comunidades zapotecas y mixtecas de Oaxaca que han emigrado a California.

Respecto del efecto de la migración en las conductas de alto riesgo para contraer el VIH, entre los mexicanos migrantes, un estudio notó un aumento alarmante entre aquellos que tienen sexo con trabajadoras sexuales, y que lo hacen mientras están bajo la influencia de drogas o alcohol. Este escenario es particularmente preocupante para México cuando estos migrantes regresen al país, en tanto que aún existe deficiencia en los servicios para la salud sexual.

Un método sugerido para beneficiar a los trabajadores migrantes mexicanos sería la implementación de más grupos de apoyo multicultural. Según se ha reportado, las barreras

de lenguaje relacionadas con la migración también son causa de depresión, aislamiento, miedo y un retiro de la sociedad en general. Existen ya varios grupos en el área de la Bahía de San Francisco, EUA, que han notado resultados significativos en la implementación de grupos multiculturales de apoyo. Las evaluaciones del impacto muestran que los miembros tienen una mayor conciencia de sí mismos, mejor conocimiento de la prevención y cuidado del VIH, y un sentido de pertenencia a las comunidades en donde viven.

El grupo más grande de trabajadores migrantes indígenas mexicanos que desempeñan trabajos agrícolas en los Estados Unidos y

en México, son los mixtecos. En una encuesta realizada en San Diego, EU, un tercio reportó haber tenido relaciones vaginales, anales u orales durante su estancia. Aún más alarmante resultó el 21% que reportó haber tenido sexo a cambio de dinero, comida o drogas. También reportaron haber tenido sexo con trabajadores(as) sexuales.

Lo antes mencionado indica claramente la necesidad de implementar un plan estratégico entre los EU y México que beneficie a ambos países. Un programa binacional de este tipo protegería a la gente de los dos lados de la frontera al proporcionarles apoyo, así como planes para prevenir y reducir el daño.



IAS / Mondaphoto