



JOSEPH AMON

Joseph Amon es el Director del Programa de Salud y Derechos Humanos de Human Rights Watch. Tiene un doctorado en epidemiología y una Maestría en Ciencias de Salud Pública sobre medicina tropical. Ha dirigido investigaciones y acciones de incidencia sobre una amplia gama de enfermedades, haciendo hincapié en el acceso a la atención de la salud para grupos en situación de vulnerabilidad.

Email: amonj@hrw.org



KATHERINE TODRYS

Katherine Todrys es becaria Robert L. Bernstein en el Programa de Salud y Derechos Humanos de Human Rights Watch. Anteriormente se desempeñó como Asesora de Derechos de los Pacientes en el proyecto "Pueblos del Milenio" de la Universidad de Columbia. Se graduó en Derecho en la Universidad de Yale y es Licenciada en Letras por la Universidad de Harvard.

Email: todrysk@hrw.org

RESUMEN

Mientras que el derecho internacional de los derechos humanos establece el derecho a la salud y a la no discriminación, pocos países dan cumplimiento con sus obligaciones de proporcionar tratamiento contra el VIH a los no ciudadanos, incluyendo a los refugiados, los migrantes permanentes en situación irregular y migrantes temporarios. Dos países, Sudáfrica y Tailandia, dan ejemplos útiles de cómo las políticas públicas y sus prácticas discriminan a los no ciudadanos y se les niega atención médica. Aunque en Sudáfrica los individuos con estatus migratorio irregular gozan del derecho a la asistencia sanitaria gratuita, incluyendo el tratamiento antirretroviral (TAR), a los no ciudadanos sudafricanos se les niega frecuentemente el TAR en las instituciones de salud pública. En Tailandia, incluso entre los migrantes regulares, sólo las mujeres embarazadas tienen derecho al TAR. A fin de cumplir con las obligaciones internacionales de derechos humanos -que requieren de la provisión de un mínimo básico de servicios de salud sin discriminación- los estados en el sur global y en todo el mundo deben garantizar la disponibilidad y accesibilidad de los medicamentos esenciales para el TAR para los migrantes en las mismas condiciones que para los ciudadanos.

Original en Inglés. Traducido por Laura Royo.

Recibido en enero de 2009. Aceptado en febrero de 2009.

PALABRAS CLAVE

Migrantes – VIH/SIDA – Terapia antirretroviral – Derechos humanos – Derecho a la salud.



Este artículo es publicado bajo licencia *creative commons*.

Este artículo está disponible en formato digital en www.revistasur.org.

ACCESO A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL PARA LAS POBLACIONES MIGRANTES DEL SUR GLOBAL

Joseph Amon y Katherine Todrys

1. Introducción

La escala de migración mundial, definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2003) como el desplazamiento de personas de un área a otra durante períodos variables de tiempo¹, es vasta y está en aumento. La Organización Internacional para las Migraciones (OIM) ha estimado que 192 millones de personas en todo el mundo, o un 3 por ciento de la población mundial, viven fuera de su lugar de nacimiento.

En 2008, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (2008a) estimó que 33 millones de personas en todo el mundo vivía con VIH. Según la OMS, la migración, a menudo, puede producir consecuencias graves para la salud de los migrantes debido a los retos que entrañan “la discriminación, las barreras lingüísticas y culturales, la situación legal, y otras dificultades económicas y sociales.” (OMS, 2003, pág. 4). De hecho, desde la aparición de la epidemia del VIH en 1980, funcionarios de salud pública han reconocido que las poblaciones migrantes se enfrentan a un riesgo especial de infección por el VIH (WOLFFERS; VERGHIS; MARIN, 2003, pág. 2019-2020).

ONUSIDA, la OIM y la Organización Internacional del Trabajo (OIT) (2008, p. 1) han señalado que factores sociales, económicos y políticos - incluyendo la separación de cónyuges, las diferencias culturales, las condiciones de vida y de trabajo marginales, las barreras idiomáticas, el conjunto agravado por la falta de acceso a información relacionada con el VIH y los servicios de salud - afectan a los migrantes trabajadores internacionales en los países de origen y destino y pueden aumentar el riesgo de infección por el VIH. Investigaciones sobre salud pública han demostrado repetidamente la vulnerabilidad de los migrantes y sus familias al VIH (HERNÁNDEZ-ROSETE. et al., 2008, WELZ et al., 2007, FORD;

Ver las notas del texto a partir de la página 186.

CHAMRATHRITHIRONG, 2007, BANDYOPADHYAY, Thomas, 2002, BROCKERHOFF; BIDDLECOM, 1999), y estudios recientes han confirmado las necesidades de salud específicas de las poblaciones itinerantes y el impacto sobre la salud de cambios en las prácticas sociales y culturales (BANATI, 2007, pág. 210-214). La Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA del año 2001 compromete explícitamente a los estados del mundo a “elaborar y a comenzar a poner en práctica estrategias nacionales, regionales e internacionales que faciliten el acceso a programas de prevención del VIH/SIDA para migrantes y trabajadores migratorios” (párr. 50).

Las rutas de tránsito han sido reconocidas como facilitadoras tanto del aumento de la población como de propagación de enfermedades. Las rutas nacionales, tales como el Cuadrilátero de Oro de la India han sido llamadas “conducto del virus” (WALDMAN, 2005) y desde principios de la epidemia, la autopista M1, que va desde Egipto a Sudáfrica, ha sido llamada la “Autopista del SIDA”. Carteles en las principales rutas y en las fronteras en todo el sur de África llevan mensajes relacionados con el SIDA y advierten a las personas a usar condones. La principal autopista que une Abidján (Costa de Marfil) a Lagos (Nigeria), es transitada por 47 millones de personas al año, y también incluye mensajes de sensibilización sobre el SIDA y es el foco de una campaña de sensibilización en la vía pública del VIH/SIDA, (IRIN PLUS NEWS, 2008b).

Sin embargo, a pesar del tiempo que hace que se conoce la relación existente entre la migración y la vulnerabilidad a la infección por VIH, donantes y estados han fallado en garantizar a los migrantes acceso al tratamiento del VIH. Aunque los gobiernos se han comprometido a proporcionar “acceso universal” (DECLARACIÓN POLÍTICA DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA, 2006, párr. 20) al tratamiento del VIH y han asumido obligaciones específicas en el derecho humanitario internacional garantizando que el tratamiento del VIH (específicamente, el tratamiento antirretroviral o TAR) sea proporcionado a los migrantes como parte de su deber de satisfacer el derecho a la salud sin discriminación, el acceso al tratamiento antirretroviral para los migrantes sigue siendo, en gran medida, una cuestión pendiente.

La Asamblea Mundial de la Salud (AMS, 2008) ha solicitado a los Estados miembro que incentiven políticas de sensibilización sobre la salud de los migrantes, promuevan el acceso equitativo a la prevención y asistencia de enfermedades para los migrantes, documenten y divulguen información sobre las mejores prácticas para satisfacer las necesidades de atención de salud de los migrantes, capaciten a los profesionales de la salud para hacer frente a las cuestiones de salud relacionadas con la migración de poblaciones, y cooperen con otros países implicados en procesos migratorios en cuestiones de salud de los migrantes. Sin embargo, pocos estados han reconocido explícitamente la terapia antirretroviral como parte de los servicios de salud mínimos que se deben proporcionar sin discriminación por razón de nacionalidad a los migrantes dentro de sus fronteras.

El desarrollo de los sistemas de tratamiento del VIH para los migrantes es necesario para lograr el acceso universal al tratamiento de esta enfermedad y atender a las necesidades de una población de migrantes significativa y creciente en

el mundo, especialmente en el Sur Global. La expansión del tratamiento contra el VIH en este hemisferio ha sido desigual; mientras que anteriormente, los migrantes seropositivos no podían acceder a la atención de salud ni en sus países (de bajos y medianos ingresos) de origen ni en los de destino, en los últimos años los gobiernos nacionales en algunos países del Sur Global, con asistencia de contribuyentes internacionales, han sido capaces por primera vez de proporcionar ese tratamiento a bajo costo o de forma gratuita (GARRET, 2007).

Además de la desigualdad de recursos entre los distintos países del Sur Global, la desigualdad en el acceso y en la utilización de recursos de los donantes ha creado una enorme disparidad entre los países de ingresos bajos y medios en su capacidad de proporcionar TAR, una disparidad que puede persistir. Actualmente, 15 países de todo el mundo disfrutan de la condición y de la ayuda especial dirigida a “países prioritarios” del Plan de emergencia de la Presidencia de los Estados Unidos de ayuda para el alivio del SIDA (PEPFAR) (ESTADOS UNIDOS, 200-). El dinero del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria también es distribuido de manera inequitativa (más de 1/5 de los fondos gastados en 2007 fueron invertidos en sólo cuatro países) (GARRET, 2007). Para una mayor complicación, en algunos países de bajos y medianos ingresos, la corrupción es frecuente y porciones significativas de la financiación de los donantes nunca llegan a alcanzar los objetivos de salud previstos; la guerra, la falta de liderazgo y la falta de infraestructura de salud dificultan el acceso a los medicamentos en otros países.

Dada la escala global y la frecuencia de la migración en todo el mundo, una estrategia racional de salud pública para la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA no puede incluir la discriminación contra los no ciudadanos en la provisión del TAR. Desde el punto de vista de la prevención, negar el tratamiento a los migrantes sólo conduciría a perpetuar la transmisión y frustrar los esfuerzos hacia el control de la epidemia del VIH/SIDA. Desde la perspectiva de una adecuada atención a aquellas personas que ya están infectadas, las interrupciones en el tratamiento del VIH pueden conducir a enfermedades, a desarrollar resistencia a los medicamentos y a la muerte que, en última instancia, puede generar programas de salud pública con gastos mayores de asistencia social (BURNS; FENTON, 2006).

Cabe señalar que el escaso acceso a la atención médica y la discriminación también se da para los migrantes en países de altos ingresos. Human Rights Watch ha examinado casos de migración desde el sur hacia el norte, y los consiguientes retos que enfrentan los migrantes en el acceso al TAR en sus nuevos hogares (Human Rights Watch - HRW, 2009). Este artículo examinará el acceso de los migrantes al TAR en dos países de ingresos medios -Sudáfrica y Tailandia- en el contexto del derecho internacional, y proporcionará recomendaciones generales para la realización del objetivo del acceso universal al tratamiento antirretroviral del VIH para todos.

2. Poblaciones

Tres grandes categorías de migrantes pueden ser definidas a efectos de este artículo: los refugiados, los migrantes permanentes en situación irregular, y los migrantes temporales.

2.1 Refugiados

Un refugiado es definido como una persona que,

debido a fundados temores de ser perseguida por motivos de raza, religión, nacionalidad, pertenencia a determinado grupo social u opiniones políticas, se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera acogerse a la protección de tal país; o que, careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, no pueda o, a causa de dichos temores, no quiera regresar a él (CONVENCIÓN DE LA ONU SOBRE EL ESTATUTO DE LOS REFUGIADOS, ART. 1 (A) (2), 1954; PROTOCOLO DE LA ONU SOBRE EL ESTATUTO DE LOS REFUGIADOS, 1967).

A los refugiados se les concede una protección especial en virtud del derecho internacional. De acuerdo a la Convención de 1951 sobre el Estatuto de los Refugiados y su Protocolo de 1967, los refugiados benefician de un trato al menos tan favorable como el de los nacionales de un país con respecto a una variedad de derechos, incluyendo la asistencia pública y la seguridad social (que incluye enfermedades, maternidad, u otras contingencias cubiertas por la seguridad social en virtud de la legislación o reglamentación nacional) (OFICINA DEL ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS DERECHOS HUMANOS [OACDH], 2006, pp. 28-29). Con la excepción del derecho a la educación pública, los derechos reconocidos en esta Convención se limitan a los refugiados que residen legalmente en el país de acogida, disposición que ha dado lugar a ciertos desacuerdos en cuanto a si los solicitantes de asilo están o no contemplados. (CHOLEWINSKI, 2000, pp. 710-712). Los individuos que tienen una solicitud pendiente de estatuto de refugiado -solicitantes de asilo- tienen algunas protecciones especiales en virtud del derecho internacional, (OACDH, 2006, pp. 28-29), aunque esta protección no contempla específicamente al derecho a la atención de médica.

Los organismos de las Naciones Unidas apoyan la iniciativa de proporcionar el acceso al TAR para los refugiados. El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2008, p. 5) considera que es un objetivo estratégico para garantizar que “el acceso oportuno, eficaz y de buena calidad a la atención, apoyo y servicios de tratamiento incluyendo el acceso al tratamiento antirretroviral [sea proporcionado a los refugiados] a un nivel similar al de las poblaciones nacionales del país de acogida” En efecto, entre los grupos mencionados en este artículo, los refugiados son los que gozan del más amplio acceso al tratamiento antirretroviral gratuito.

2.2 Migrantes permanentes en situación irregular

Un migrante permanente en situación irregular ha sido extraoficialmente definido como “[una] persona que se traslada a un país distinto del de su residencia habitual durante un período de al menos un año (12 meses), por lo que el país de destino se convierte efectivamente en su nuevo país de residencia habitual” (HEALTH PROTECTION AGENCY, 2006, p. 5). Este grupo podría incluir a personas que

no han tenido éxito en su solicitud de asilo, pero que han optado por permanecer en el país de todas formas, personas que ingresaron al país con una visa y se quedaron sin obtener una renovación, o personas que han entrado en un país sin estatus migratorio y han permanecido del tal forma. Las leyes y políticas de los gobiernos sobre la prestación de la atención de la salud –especialmente del TAR– a migrantes permanentes en situación irregular son usualmente muy restrictivas.

2.3 Migrantes temporales

Un migrante temporal se ha definido como “una persona que se muda a un país distinto del de su residencia habitual durante un período de al menos 3 meses, pero menos de un año” (HEALTH PROTECTION AGENCY, 2006, p. 5). Estas poblaciones móviles –también definidas como “personas que se desplazan de un lugar a otro temporalmente, estacionalmente o definitivamente por una gran cantidad de razones voluntarias y/o involuntarias” (ONUSIDA, 2001, p. 3) – se enfrentan a retos específicos en el acceso a la asistencia médica. ONUSIDA y la OIM (2001, p. 10) han observado que cada vez más personas son bi-o multi-locales.

La migración puede tener una trayectoria circular, o los individuos pueden utilizar algunos países como “país de paso” en el proceso de migración (JACOBSEN, 2007, pp. 206-208). Los migrantes temporales enfrentan muchos de los mismos problemas que los migrantes permanentes en situación irregular, incluyendo la falta de acceso a los medicamentos de forma gratuita o a bajo costo, pero también se enfrentan a desafíos particulares, incluyendo los diferentes regímenes de tratamiento en varios lugares, distintos sistemas de prescripción a través de las fronteras, la falta de continuidad en la atención médica y la falta de conformidad con las directrices del TAR, que están diseñados para la población permanente.

3. Estudios de caso de dos países en el Sur Global

A pesar del reconocimiento internacional de la vulnerabilidad de las poblaciones migrantes y de la protección específica de los derechos humanos, la experiencia de los migrantes en el acceso a tratamiento para el VIH varía ampliamente. Sudáfrica y Tailandia ofrecen dos ejemplos instructivos y diferentes de los derechos de los migrantes y la realidad del acceso al TAR en el Sur Global.

3.1 Sudáfrica

En Sudáfrica se encuentra el mayor número de personas infectadas con VIH en el mundo, 5,7 millones de personas según una estimación de 2007 (ONUSIDA, 2008a, p. 40). Proporcionar tratamiento antirretroviral a las personas que lo necesitan es una cuestión central y apremiante de interés nacional.

Entre los estados miembros de la Comunidad de Desarrollo de África Austral (SADC, por la sigla en inglés), la migración es frecuente, y el 46 por ciento de los sudafricanos vive en comunidades rurales donde es común el empleo basado en la migración circular (WELZ et al., 2007, p. 1471). La prevalencia del VIH en toda

la región es alta, y un estudio sobre la prevalencia del VIH en KwaZulu-Natal, Sudáfrica, donde la migración es frecuente, encontró que la prevalencia del VIH entre las mujeres migrantes entre 25 y 29 años de edad era del 63 por ciento (WELZ. et al., 2007, p. 1469).

Identificar el número de migrantes en Sudáfrica es en sí mismo controvertido. Las estimaciones varían ampliamente, y llegan tan alto como a seis millones de migrantes no ciudadanos en el país en 2008 (SUDÁFRICA, 2008?, p. 1), con respecto a una población total de 47 millones (FEDERATION INTERNATIONALE DES DROITS DE L'HOMME [FIDH], 2008, p. 8). La mayoría de estos migrantes provienen de otros países de la Comunidad de Desarrollo de África Austral, sobre todo de Zimbabwe, Mozambique y Lesotho. Como resultado de la crisis política y económica en el vecino Zimbabwe, especialmente, los migrantes han llegado a Sudáfrica en grandes números: se calcula que al menos entre 1 y 1,5 millones de zimbabwenses han huido a Sudáfrica desde 2005 (HRW, 2008, p. 23), abandonando un país con acceso insuficiente al tratamiento antirretroviral y al cuidado de la salud en general (HRW, 2006). Cada vez más, los migrantes llegan a Sudáfrica procedentes de todo el continente y del mundo (FIDH, 2008, p. 11).

Sin embargo, la investigación de Human Rights Watch, así como de organizaciones no gubernamentales y medios de comunicación, ha descrito una marcada distancia entre las políticas inclusivas de Sudáfrica y la realidad del acceso a la salud de los refugiados, de los solicitantes de asilo, y en especial de los migrantes indocumentados. Algunas clínicas públicas exigen la presentación de un documento de identificación Sudafricano antes de ofrecer atención de salud, negando el tratamiento a indocumentados (IRIN PLUS NEWS, 2008a). Los solicitantes de asilo han experimentado constantes dificultades para acceder al TAR (CONSORCIO PARA REFUGIADOS E INMIGRANTES EN SUDÁFRICA, 2008; PROYECTO DE LEY SOBRE SIDA et al., 2008). Organizaciones de derechos humanos y periodistas han documentado abusos verbales, tratamientos de inferior calidad, falta de sensibilidad por los prestadores, tiempos de espera inusualmente largos, y la negación categórica de servicios, a los que se enfrentan los migrantes que buscan atención médica (FIDH, 2008, p. 31). Otros les cobran ilegalmente tarifas prohibitivas por el tratamiento o los medicamentos, o les dicen que deben tener una tarjeta verde de ciudadanía de Sudáfrica para poder recibir los servicios básicos. Zimbabwenses indocumentados con necesidades de recibir atención médica han afluído a organizaciones de beneficencia e iglesias de Sudáfrica (HRW, 2008, p. 36), y han sido expulsados de las clínicas públicas al no poder presentar documentos de ciudadanía. Mineros de Basotho infectados con el VIH y la tuberculosis multi-resistente (MDR-TB) se han enfrentado a la deportación y han sido dejados en la frontera de su país de origen sin ningún tipo de tratamiento o indicaciones de servicios de salud locales para su tratamiento (SMART, 2008).

Portavoces de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y de Médicos Sin Fronteras (MSF) confirmaron en julio de 2008 que habían observado casos de ciudadanos extranjeros víctimas de discriminación a los que se les negó el tratamiento del VIH por parte de personal de salud que ignoraba las normas (PALITZA, 2008). En una investigación reciente de

la Universidad de Witwatersrand, los no ciudadanos que necesitan TAR reportaron más dificultades para acceder al medicamento que los ciudadanos sudafricanos. El personal del hospital que discrimina a los migrantes, ya sea a través del abuso verbal o físico, o a través de la negación de la atención médica, es rara vez considerado responsable de tales acciones. Las víctimas de tales abusos frecuentemente no conocen sus derechos en lo que respecta a la asistencia médica, ya que los hospitales públicos no tienen traductores ni proporcionan material informativo lingüísticamente apropiado, por lo que rara vez presentan denuncias formales. Esta investigación sugiere además, que las políticas de la Dirección Nacional de Salud no son aplicadas de manera uniforme en las instituciones públicas y, mientras que los ciudadanos son enviados a centros estatales de TAR, los no ciudadanos son rutinariamente rechazados por las clínicas locales y son enviados hacia ONGs para recibir tratamiento antirretroviral. Esta práctica ha conducido a la creación de un “doble sistema de atención de salud, público y no gubernamental, que proporciona TAR a través de “caminos separados” a ciudadanos y no ciudadanos (VEAREY, 2008b).

ONGs en Sudáfrica han invertido muchas horas realizando tareas de incidencia para la defensa de refugiados y solicitantes de asilo a los que se les niega atención médica en el sector público, escribiendo cartas y acompañando a los pacientes para asegurarse de que sean tratados de acuerdo a la ley. Incluso cuando estos pacientes son capaces de obtener finalmente el diagnóstico y tratamiento del VIH, pueden sufrir de diagnósticos y tratamientos tardíos por los intentos anteriores fracasados y el tiempo que toma organizar las acciones de asistencia. Los migrantes procedentes de países con una menor incidencia de VIH que Sudáfrica, como por ejemplo Somalia, pueden carecer de información sobre el VIH y los recursos lingüísticamente apropiados son escasos. Además, los investigadores han señalado que los médicos sudafricanos no están capacitados para tratar a migrantes que han estado bajo un régimen de TAR diferente en su país de origen y, muchos creen erróneamente que el cambio de régimen hará que se genere resistencia a los medicamentos o que fracase el tratamiento.

Malas condiciones de vida y frecuentes desplazamientos forzados internos dificultan que los migrantes en Sudáfrica tengan acceso a análisis de VIH y a su tratamiento. Miles de zimbabwenses indocumentados viven al aire libre cerca de la frontera, sin acceso a vivienda, alimentos, agua potable ni saneamiento. Miles de personas duermen en refugios hacinados y en los pisos de las iglesias en los centros de la ciudad. La inseguridad alimentaria y el hambre hacen que el cumplimiento del TAR sea un reto. Las frecuentes detenciones, arrestos y deportaciones crean un clima de temor en el que muchos migrantes, especialmente cerca de la frontera de Zimbabwe, se niegan a solicitar atención médica por temor a ser detenidos allí. Para aquellas personas que buscan diagnóstico del VIH y profilaxis después de episodios de abuso sexual, los hospitales públicos representan un riesgo particular, ya que muchos tienen como política llamar a la policía antes de brindar el tratamiento adecuado. Junto con las altas tasas de violencia xenófoba contra extranjeros, estos factores limitan seriamente la realización de una política progresiva hacia la prestación de TAR a los migrantes en Sudáfrica. El ejemplo de este país destaca la importancia del cumplimiento de los derechos humanos de los migrantes a fin de que los regímenes de tratamiento del VIH funcionen tal como fueron diseñados.

3.2 Tailandia

En 2004 en Tailandia había 1,25 millones de migrantes registrados y al menos otros tantos no registrados (OIM, 2007). Un gran porcentaje de estos migrantes son birmanos. De hecho, las estimaciones del número de migrantes birmanos en Tailandia van de 2 a 6 millones (YANG, 2007, pp. 488-489). Los migrantes que llegan a Tailandia desde Birmania por motivos relacionados con la devastación económica de su país de origen, las oportunidades económicas en Tailandia y el conflicto y persecución por parte de la junta militar gobernante. El sistema birmano de atención de la salud es asimismo claramente insuficiente para satisfacer las necesidades de la población, y décadas de gobiernos militares represivos, guerra civil, corrupción, falta de inversión, aislamiento y violaciones generalizadas de los derechos humanos y del derecho internacional humanitario han hecho que el sistema de salud de Birmania sea incapaz de responder eficazmente a las enfermedades endémicas e infecciosas emergentes (STOVER. et al., 2007, p. 1).

El gobierno tailandés ha desarrollado un programa para registrar a los migrantes y regularizar su situación. En 2004, el Ministerio de Trabajo de Tailandia registró a 1.280.000 migrantes, de los cuales 814.000 también aplicaron para solicitar permisos de trabajo (YANG, 2007, p. 506). El registro permite a los migrantes tener acceso a los servicios básicos de salud a través del plan nacional de salud (YANG, 2007, p. 507). De hecho, el Ministerio de Salud Pública ha señalado que los migrantes registrados y los que posean permisos de trabajo tienen derecho a acceder a los servicios de salud, incluyendo tratamiento, control de enfermedades, promoción de la salud y rehabilitación, obtener chequeos de salud regulares y una inscripción en el sistema de salud nacional, lo que implica un pago compartido fijo y que el gobierno pague el resto del costo de los servicios (YANG, 2007, pp. 520-521).

Sin embargo, el TAR no es considerado como parte del paquete de atención de salud pública incluido en el registro, excepto para las mujeres embarazadas (IRIN PLUSNEWS, 2007, Physicians for Human Rights [PHR], 2004, p. 45). Los antirretrovirales son distribuidos a los tailandeses a través de un régimen específico de cobertura diferente al de los migrantes registrados, excluyendo efectivamente a los no tailandeses (PHR, 2004, pp. 45-46).

Asimismo, el registro es problemático para los migrantes, a raíz de las excesivas tasas de registro, el hecho de que no pueden cambiar de empleador una vez registrados y no pueden desplazarse fuera de la provincia en la que están registrados (YANG, 2007, pp. 507-511). Los criterios de elegibilidad para el registro cambian anualmente y las restricciones derivadas de la falta de cobertura de las típicas categorías de empleo de los migrantes y el vínculo del registro con lugares específicos de trabajo impide a muchos acceder al programa de registro (PHR, 2004, p. 2). Además, mientras que los migrantes tienen derecho a mantener en su posesión sus documentos de inscripción, su permiso de trabajo y su documentación del seguro de salud, los empleadores suelen quedarse con estos documentos por lo que las copias de éstos resultan insuficientes para poder recibir atención médica (SAETHER et al., 2007, pp. 1004 -1005). La mayoría de los servicios de atención de salud en Tailandia no ofrecen ningún servicio a los migrantes no registrados (YANG, 2007, p. 522).

Un informe de Physicians for Human Rights de 2004 que trata sobre los migrantes birmanos en Tailandia, expresó su preocupación sobre el compromiso del gobierno con “la protección de los derechos humanos y la prevención, atención médica y tratamiento del VIH/SIDA para los migrantes y las poblaciones tribales de las montañas” (PHR, 2004, p. 1). El grupo exige atención médica y tratamiento del VIH para los migrantes en igualdad de condiciones que los ciudadanos de Tailandia, ya que, entre otras barreras

el acceso a la atención de salud para la población birmana y poblaciones tribales de las montañas es sumamente limitada debido a la amenaza de arresto y deportación, confinamiento forzado, confiscación de documentos, discriminación, falta de recursos financieros, falta de información, y/o las barreras idiomáticas (PHR, 2004, p. 3)

En los hechos, esta población está esencialmente condenada a vivir y morir de SIDA como consecuencia de la denegación discriminatoria de tratamiento médico (PHR, 2004, p. 4). MSF también ha solicitado al gobierno tailandés que mejore el acceso de los trabajadores migrantes a los servicios de salud, señalando la brecha existente entre las políticas generales de salud del gobierno y la práctica en algunas provincias donde son pocos los migrantes que reciben asistencia sanitaria básica (MSF, 2007).

Además de las barreras legales a la salud gratuita mencionadas anteriormente, desafíos prácticos impiden el tratamiento de migrantes seropositivos en Tailandia. La utilización y el conocimiento sobre todos los derechos a la atención de la salud es baja incluso entre los migrantes registrados (YANG, 2007, p. 521). Además, a raíz de entrevistas con migrantes se ha advertido que graves dificultades financieras (además del costo del tratamiento, se incluyen los gastos de transporte a los centros de salud y el costo de perder el día de trabajo para concurrir a las citas médicas), miedo a la policía, problemas laborales y los retos de la comunicación, son todos factores que limitan el acceso al TAR (SAETHER et al., 2007, pp. 1004-1005). Las investigaciones también han concluido que “el costo de los medicamentos y los servicios de salud representan un gran obstáculo en el intento de ceñirse al TAR” a largo plazo, ya que la medicina es de por vida y su alto costo implicaría que los migrantes se vean privados de acceder a otras necesidades tales como la alimentación (SAETHER et al., 2007, pp. 1004-1005)⁵. Asimismo, las investigaciones han demostrado que los migrantes en Tailandia han experimentado situaciones de discriminación en su búsqueda de tratamiento, que van desde la rudeza o la negación de acceso al tratamiento hasta la atención deficiente (SAETHER et al., 2007, pp. 1004-1005).

Las Directrices sobre la adhesión a medicamentos también pueden ser perjudiciales para algunos migrantes. El régimen del TAR más comúnmente utilizado en Tailandia debe tomarse cada 12 horas, lo cual es difícil para los migrantes que trabajan largas horas, ya que les sería imposible dejar de trabajar para tomar los medicamentos y podrían ser despedidos si se descubriese que son portadores del VIH (SAETHER et al., 2007, pp. 1004-1005). Un médico de un hospital de Tailandia dijo que aunque a los migrantes no se les niega unilateralmente el TAR, muchos no se ajustan a los criterios de admisión, incluyendo la adherencia anticipada a la terapia antirretroviral (SAETHER et al., 2007, pp. 1004-1005). Criterios no médicos para el acceso al TAR tales como “la adherencia previa” se han utilizado para restringir el acceso a los migrantes, así como otras poblaciones de pacientes “no deseables” como los consumidores de drogas.

4. Derecho Internacional

El derecho internacional establece el derecho básico al acceso al más alto nivel posible de salud. Este derecho, junto con el derecho a la no discriminación, implica el derecho a acceder a un mínimo conjunto básico de servicios de atención de la salud, incluido el TAR, sin discriminación basada en la nacionalidad.

4.1 Derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud

Todas las personas tienen derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud, derecho que está consagrado en tratados internacionales y regionales.

Según la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDH), “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” (art. XXV(1)). El Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC) también garantiza el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud, y requiere que los estados parte tomen medidas individualmente y a través de la cooperación internacional para alcanzar progresivamente la realización de este derecho a través de la prevención, el tratamiento y el control de enfermedades epidémicas y la creación de condiciones que aseguren asistencia médica y servicios de salud para todos (art. 12). La “realización progresiva” significa que los Estados Partes “tienen la obligación concreta y constante de avanzar lo más eficazmente posible hacia la plena realización [del derecho]” (COMITÉ DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES - CDESC, 2000, párrs. 30-31). Según la OMS y el ACNUDH,

al considerar el nivel de implementación de este derecho en un Estado en particular, la disponibilidad de recursos en ese momento y el contexto de desarrollo son tenidos en cuenta. Sin embargo, ningún Estado puede justificar el incumplimiento de sus obligaciones en razón de la falta de recursos. Los Estados deben garantizar el derecho a la salud hasta el máximo de los recursos disponibles, incluso si éstos son limitados (ACNUDH, OMS, 2008, p. 5).

El concepto de los recursos disponibles tiene la intención de incluir la asistencia disponible de la comunidad internacional (CHOLEWINSKI, 2000, p. 714-719).

El derecho a la salud está garantizado además por otros tratados y compromisos internacionales de derechos humanos. La Convención sobre los Derechos del Niño obliga a los Estados a

reconocer el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados Partes procurarán asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al acceso a esos servicios sanitarios. (Art. 24:1)

De hecho, los Estados Partes adoptarán las medidas apropiadas, entre otras cosas, para “asegurar la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias

a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de salud”; (CDN, 1989, art. 24:2(b)) El derecho a la salud también está garantizado por la Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Convención Internacional sobre la Protección de los Derechos de todos los Trabajadores Migrantes y sus familias, y la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad. El derecho a la salud ha sido proclamado por la Comisión de Derechos Humanos, la Declaración y Programa de Acción de Viena de 1993 y en otros instrumentos internacionales (PIDESC, 2000, párr. 2). Además, los gobiernos se comprometieron en la Declaración de Compromiso en la lucha contra el VIH/SIDA a “promover y proteger todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluido el derecho al nivel más alto posible de salud física y mental” (párr. 37) y

de manera urgente hacer todo lo posible para: proporcionar de manera progresiva y sostenible, el nivel más alto posible de tratamiento para el VIH/SIDA, incluyendo la prevención y el tratamiento de infecciones puntuales y la utilización efectiva del tratamiento antirretroviral de calidad controlado de manera cuidadosa y monitoreada para mejorar la adherencia y la eficacia y reducir el riesgo de desarrollar resistencias (párr. 55).

Los tratados regionales también tratan el derecho a la salud. La Carta Africana [de Banjul] de Derechos Humanos y de los Pueblos garantiza el acceso a la salud y obliga a los Estados partes a “adoptar las medidas necesarias para proteger la salud de su pueblo y asegurarse de que reciban asistencia médica cuando están enfermos (art. 16).” Además, la Carta Africana sobre los Derechos del Niño estipula el derecho de todo niño a disfrutar del más alto nivel posible de salud, y obliga a los Estados Partes a que se comprometan a conseguir la plena aplicación de este derecho, incluida la prestación de “asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud” (art. 14:2(b)). También el Artículo 10 de la Carta Social Europea de 1961 reconoce el derecho a la salud, como lo hace el artículo 10 del Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en materia de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de 1988.

4.2 Principios de Igualdad y No Discriminación

El derecho internacional también establece los principios básicos de no discriminación e igualdad. La Declaración Universal de Derechos Humanos proclama que “toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición” (art. 2). Además, en virtud de dicha Declaración, “todos son iguales ante la ley y tienen, sin distinción, derecho a igual protección de la ley” (art. 7). El Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP) hace eco de las disposiciones de la DUDH contra la discriminación, obligando a los Estados Partes a garantizar a todos los individuos los derechos, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra

condición (art. 2(1)). El PIDCP también señala que todas las personas son iguales ante la ley y exige que la ley prohíba la discriminación y garantice protección igual y efectiva contra la discriminación por cualquiera de los motivos anteriormente mencionados (art. 26). El Comité de Derechos Humanos (CDH) (1994b, párr. 1), órgano de vigilancia del PIDCP, ha determinado que la no discriminación, la igualdad ante la ley y la igual protección son los principios básicos para la protección de los derechos humanos.

Por otra parte, siguiendo con este principio, el Comité ha observado que, en general, los derechos garantizados en el Pacto son aplicables a todas las personas, independientemente de su nacionalidad o apatridia. Así pues,

la norma general es que se garanticen todos y cada uno de los derechos reconocidos en el Pacto, sin discriminación entre nacionales y extranjeros. Los extranjeros se benefician del requisito general de no discriminación respecto de los derechos garantizados en el Pacto, conforme al artículo 2 del mismo. Esta garantía debe aplicarse por igual a extranjeros y nacionales (CDH, 1994a, párr. 2).

Con pocas excepciones, e incluyendo el principio de no discriminación, los derechos garantizados en el PIDCP se aplican tanto a los nacionales y como a los extranjeros (CHOLEWINSKI, 2000, pp. 714-719). El Comité ha observado que el Pacto permite a los Estados a distinguir entre ciudadanos y no ciudadanos con respecto a los derechos políticos, los cuales son concedidos explícitamente a los ciudadanos (como el derecho a votar) y la libertad de circular (es decir, no existe un derecho general de los no ciudadanos a entrar a un país, a pesar de que se les deben conceder los derechos garantizados en el Pacto una vez que se les autorizó la entrada en el país) (CDH, 2006, p. 9). El principio general de no discriminación también ha sido proclamado en documentos internacionales como la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN, art. 2:1) y la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial, a pesar de que esta Convención en sí misma no se refiere a los no-ciudadanos.

Los tratados regionales confirman el principio básico internacional de la no discriminación. La Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos garantiza el derecho a la igualdad ante la ley y la igual protección de la ley (art. 3), y la Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño prohíbe la discriminación (art. 3). El Convenio Europeo para la protección de los Derechos Humanos y las Libertades Fundamentales establece que el goce de los derechos y libertades reconocidos en el presente Convenio ha de ser asegurado sin distinción alguna, especialmente por razones de sexo, raza, color, lengua, religión, opiniones políticas u otras, origen nacional o social, pertenencia a una minoría nacional, fortuna, nacimiento o cualquier otra situación (art. 14).

Las opiniones difieren en cuanto a si la amplia disposición sobre no discriminación en el artículo 2(2) del PIDESC, puede aplicarse a los extranjeros. El artículo 26 del PIDCP, crea una igualdad sustantiva que proporciona ciertamente a los extranjeros ciertos derechos socioeconómicos y el Comité de Derechos Humanos ha considerado como una discriminación injustificada contra los extranjeros los derechos a la pensión como una violación de esta disposición (OACDH, 2006, p. 9) No obstante, a los extranjeros se les garantiza un núcleo mínimo de derechos

económicos y sociales en el marco de la Convención de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, que será tratada en detalle más adelante.

Además, cabe señalar que la distinción entre grupos no está en sí misma prohibida por el principio de no discriminación. De hecho, la Corte Europea de Derechos Humanos ha interpretado como admisibles las distinciones entre grupos, si son establecidas por ley y son estrictamente proporcionales a la consecución de un fin legítimo y, en virtud del PIDCP si están basadas en criterios razonables y objetivos (CHOLEWINSKI, 2000, pp. 714-19). El ACNUDH (2006, p. 7) ha señalado también que a la hora de considerar la discriminación contra los no ciudadanos, hay que tener en cuenta el interés del Estado en determinados derechos, los diferentes tipos de extranjeros y su relación con el Estado, y, finalmente si la razón del Estado para distinguir entre los ciudadanos y no ciudadanos (o entre los no-ciudadanos en sí mismos) es legítima y proporcionada. El ACNUDH también ha observado que “todas las personas deberían, en virtud de su humanidad esencial, poder disfrutar de todos los derechos humanos. Pueden hacerse distinciones excepcionales, por ejemplo entre los ciudadanos y no ciudadanos, solamente si persiguen un objetivo legítimo del Estado y son proporcionales al logro de ese objetivo.” (2006, p. 5)

4.3 La no discriminación en el derecho a la salud

Numerosos organismos internacionales y regionales, teniendo en cuenta el referido derecho al más alto nivel posible de salud y el principio de no discriminación, se han ocupado específicamente de la prohibición de la discriminación en la oferta de servicios de salud.

Según el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (CDESC) (2000), el órgano de supervisión del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales, los Estados deben garantizar ciertas obligaciones mínimas como parte del derecho a la salud, incluida la garantía de un acceso no discriminatorio a los servicios de salud, especialmente para grupos vulnerables o marginados; el suministro de medicamentos esenciales, garantizar la distribución equitativa de todos los centros de salud, bienes y servicios; adoptar e implementar una estrategia nacional de salud pública y un plan de acción con objetivos y plazos claros, y tomar medidas para prevenir, tratar y controlar epidemias y enfermedades endémicas. No solo el Comité (2000, párr. 30) en su Observación General N° 14 da cuenta de la naturaleza progresiva del derecho a la salud, sino que también señala el hecho de que los Estados deben tomar medidas inmediatas para realizar el derecho a la salud, y deben inmediatamente garantizar el ejercicio del derecho sin discriminación de cualquier tipo. Así, el derecho a la salud está íntimamente relacionado con el derecho a la no discriminación. En efecto, el Comité estableció que

el Pacto prohíbe toda discriminación en lo referente al acceso a la atención de la salud y los factores determinantes básicos de la salud, así como a los medios y derechos para conseguirlo, por motivos de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de otra índole, origen nacional o posición social, situación económica, lugar de nacimiento, impedimentos físicos o mentales, estado de salud (incluidos el VIH/SIDA), orientación sexual y situación política, social o de otra índole [...] En cuanto al derecho a la salud, es preciso hacer hincapié en la

igualdad de acceso a la atención de la salud y a los servicios de salud. Los Estados tienen la obligación especial de proporcionar seguro médico y los centros de atención de la salud necesarios a quienes carezcan de medios suficientes y, prevenir todo tipo de discriminación basado en motivos internacionalmente prohibidos en la provisión de atención de la salud y servicios de salud, especialmente en lo que respecta a las obligaciones fundamentales del derecho a la salud [...]” (UNDESC, 2000, párr. 18 y 19).

Más específicamente con respecto a los migrantes, el Comité observa que “los Estados tienen la obligación de respetar el derecho a la salud, en particular absteniéndose de denegar o limitar el acceso igual de todas las personas, incluyendo los presos o detenidos, las minorías, los solicitantes de asilo o los inmigrantes ilegales, a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos” (2000, párr. 34). Así, surgen de las conclusiones del Comité la prohibición de la discriminación contra los no ciudadanos en la atención de la salud y un llamado inmediato a eliminar la discriminación.

Otros órganos han mencionado la obligación de no discriminar a los no ciudadanos en la prestación de servicios de atención sanitaria básica. Mientras que las disposiciones contra la discriminación en la Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Racial no se aplican generalmente a los no ciudadanos, el Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial (CEDR) (2004), el órgano de supervisión del tratado, en el año 2004 recordó a los Estados su obligación para con los no-ciudadanos. El Comité observó que ninguna distinción basada en motivos de nacionalidad debe “menoscabar, de ninguna forma, los derechos y libertades reconocidos y enunciados en particular en la Declaración Universal de Derechos Humanos, el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales y el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos” (CEDR, 2004, párr. 2). Recordaron que si bien algunos derechos

tales como el derecho a participar en las elecciones, a votar y a presentarse a las elecciones, pueden limitarse a los ciudadanos, los derechos humanos son, en principio, para ser disfrutados por todas las personas. Los Estados Partes tienen la obligación de garantizar la igualdad entre los ciudadanos y no ciudadanos en el goce de estos derechos en la medida que es reconocida por el derecho internacional (CEDR, 2004, párr. 3).

Con este fin, el Comité solicitó a todos los Estados Parte que adoptaran medidas, incluyendo aquellas que podrían eliminar los obstáculos que impiden el goce de los derechos económicos, sociales y culturales por los no ciudadanos, especialmente en las áreas de educación, vivienda, trabajo y salud (CEDR, 2004, párr. 29), y aquellas que podrían garantizar que los Estados Partes respeten el derecho de los no ciudadanos a un nivel adecuado de salud física y mental, entre otras cosas, absteniéndose de negar o limitar el acceso a los servicios de salud preventivos, curativos y paliativos (CEDR, 2004, párr. 36).

El Comité de los Derechos del Niño (CDN) ha mencionado específicamente la relación entre el VIH/SIDA y los derechos enunciados en la Convención, para determinar que el derecho a ser protegido contra toda forma de discriminación “debería ser, pues, uno de los temas guía que orienten el examen del VIH/SIDA a todos los niveles de prevención, tratamiento, atención y apoyo” (CDN, 2003, párr. 5). El Comité (2003,

párrs. 7/ 9) ha observado con preocupación el papel que desempeña la discriminación en tanto agudiza la epidemia de VIH/SIDA y concentra a las víctimas de la misma. Y con respecto a los servicios relacionados con el VIH, el Comité exige que

los Estados Partes deben velar por que se presten a todos los niños sin discriminación que residan en su territorio los mejores servicios posibles y por que tengan en cuenta suficientemente las diferencias de sexo, edad y contexto social, económico, cultural y político. (CDN, 2001, párr. 21).

Si bien las obligaciones que contraen los Estados Partes en virtud de la Convención comprenden la de velar porque los niños tengan acceso equitativo a tratamientos y cuidados completos sin discriminación, incluidos los antirretrovirales, asimismo, se encarece a los Estados Partes que dediquen atención especial a los factores que en sus sociedades impiden la igualdad de acceso de los niños al tratamiento, la atención y la ayuda. (CDN, 2003, párr. 28).

Los Gobiernos se han comprometido en la Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA del 2001 a promulgar, fortalecer o hacer cumplir, según proceda, leyes, reglamentos y otras medidas a fin de eliminar todas las formas de discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y los miembros de grupos vulnerables, en su acceso a los servicios de salud, incluyendo tratamiento y apoyo para el VIH/SIDA (párr. 58). El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos ha señalado también que

los Estados deben evitar aplicar estándares distintos de trato con respecto a los ciudadanos y no ciudadanos que pudieran conducir a un disfrute inequitativo de los derechos económicos, sociales y culturales. Los gobiernos deberán tomar medidas progresivas, en la medida de sus recursos disponibles, para proteger los derechos de toda persona, independientemente de su nacionalidad, a la seguridad social, a un nivel de vida adecuado incluyendo alimentación, vestido, vivienda y la mejora progresiva de las condiciones de vida, el disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, y la educación (OACDH, 2006, pp. 25-26).

Además, la Convención Internacional sobre los Derechos de los Trabajadores Migrantes, que entró en vigor recientemente, garantiza explícitamente los derechos de los trabajadores migratorios y sus familiares a recibir “cualquier tipo de atención médica urgente que resulte necesaria para preservar su vida o para evitar daños irreparables a su salud” en condiciones de igualdad de trato con los nacionales del Estado de que se trate. Esa atención médica de urgencia no podrá negarse por motivos de irregularidad en lo que respecta a la permanencia o al empleo. (art. 28). Con respecto a los servicios de salud adicionales, la Convención garantiza a los trabajadores migrantes el acceso a los servicios sociales y de salud en las mismas condiciones de tratamiento que los nacionales, siempre que se hayan cumplido los requisitos establecidos para la participación en los planes correspondientes (art. 43(1)(6))

5. Mirando hacia el futuro

Proporcionar el TAR a los migrantes requiere un doble esfuerzo por parte de los estados en el Sur Global y entre los donantes internacionales y las ONGs: la discriminación

basada en la nacionalidad para el suministro del TAR debe ser eliminada, y deben crearse mecanismos de ayuda al migrante.

5.1 La discriminación basada en razones de nacionalidad para el suministro del TAR

Como fuera señalado anteriormente, el Comité sobre los Derechos Económicos, Sociales y Culturales ha dispuesto que los Estados tienen la obligación de proporcionar un cierto “núcleo” mínimo de derechos, tales como garantizar el acceso no discriminatorio a los servicios de salud, especialmente para los grupos vulnerables o marginados; suministrar medicamentos esenciales; garantizar la distribución equitativa de los servicios de salud, bienes y servicios; adoptar e implementar una estrategia nacional de salud pública y un plan de acción con objetivos y plazos claros; y adoptar medidas para prevenir, tratar y controlar enfermedades epidémicas y endémicas (CDESC, 2000). Además, según el Comité, los Estados tienen la *obligación inmediata* de eliminar la discriminación en el acceso a la atención de la salud, y tomar las medidas necesarias a fin de asegurar la plena efectividad del derecho a la salud.

La obligación básica mínima de proporcionar atención de salud, que el Comité ha señalado de manera explícita, incluye el acceso a medicamentos para el TAR contemplados en la Lista de Medicamentos Esenciales de la OMS⁵. Algunas fuentes han afirmado que los medicamentos esenciales, como parte del contenido mínimo del derecho a la salud, están sujetos a la realización inmediata y no a la progresividad. El Relator especial de las Naciones Unidas sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental ha establecido que el acceso a los medicamentos esenciales es parte “fundamental” del derecho a la salud (HUNT, 2006, pp. 10-11). Los Estados tienen la obligación de hacer que los medicamentos existentes estén disponibles dentro de sus fronteras y deben asegurar que sean accesibles, lo que significa que los medicamentos deben estar disponibles en todo el país, deben ser accesibles económicamente para todos, sin discriminación alguna por motivos prohibidos, y debe haber información confiable sobre los medicamentos para los pacientes y los profesionales de la salud. Los Estados también deben garantizar que sean culturalmente aceptables (HUNT, 2006, p. 13). De hecho, según el Relator Especial,

los Estados tienen la obligación inmediata de evitar cualquier tipo de discriminación y hacer que los productos farmacéuticos -conocidos como “medicamentos esenciales”- estén disponibles y sean accesibles en todo su territorio. Esas obligaciones mínimas de efecto inmediato no están sujetas a la realización progresiva (HUNT, 2006, p. 14).

Así,

en resumen, el derecho a la salud incluye el acceso a medicamentos tanto esenciales como no esenciales. Mientras que el Estado tiene la obligación de realizar progresivamente el acceso a medicamentos no esenciales, tiene una obligación fundamental de efecto inmediato de garantizar la disponibilidad de medicamentos esenciales y su accesibilidad en todo su territorio (HUNT, 2006, p. 15).

Los gobiernos nacionales, tales como los de Sudáfrica y Tailandia, deben garantizar la accesibilidad a tratamientos TAR a ciudadanos y no ciudadano con el fin de honrar su compromiso con la no discriminación en los servicios básicos de atención de salud, que incluyen la provisión de medicamentos esenciales. Estos tratamientos deben proveerse en las mismas condiciones, sin discriminación por razón de nacionalidad o estatus migratorio. Asimismo se encuentra incluido en la obligación de los Estados el proporcionar gratuitamente o a bajo costo el TAR con independencia de la nacionalidad, y el deber de ofrecer TAR para la Prevención De La Transmisión Del HIV Madre-Hijo De Mujeres Migrantes Embarazadas Seropositivas (PMTCT por las siglas en inglés).

Además, la posición internacional de donantes como los que suministran la financiación para programas del TAR, los coloca en una posición de cierta autoridad a la hora de influir en la política estatal sobre la entrega de los medicamentos financiados. Los donantes internacionales deberían ejercer su influencia en la formulación de políticas públicas para garantizar que los criterios de elegibilidad nacionales no sean discriminatorios y que las contribuciones que hacen los donantes no sean utilizadas de manera discriminatoria. Los donantes internacionales deberían condicionar el financiamiento del TAR para la población general sobre la base de que se garantice la disponibilidad equitativa de estos medicamentos a los ciudadanos y no ciudadanos, incluyendo a los no-ciudadanos en situación irregular e indocumentados. Una financiación adecuada del TAR que incluya a los extranjeros es también esencial para garantizar el éxito de cualquier política pública.

5.2 Mecanismos de tratamiento transfronterizos inclusivos para los migrantes

Los migrantes, especialmente los temporales itinerantes, requieren atención adicional por parte de los gobiernos nacionales y de la comunidad internacional para la creación de mecanismos que garanticen adecuadamente la continuidad de la atención médica. Las personas que se desplazan con frecuencia que requieren del TAR se enfrentan a múltiples desafíos de tratamiento, como fuera señalado anteriormente. El ejemplo de Estados Unidos y México que han desarrollado un sistema de atención de salud para el tratamiento de la tuberculosis transfronteriza (TB) hacia ambos lados de las fronteras puede servir para ilustrar como garantizar la atención la salud a individuos itinerantes (HARLOW, 1999, p. 1581). En el contexto del VIH, estados vecinos podrían trabajar juntos para estandarizar pasaportes de salud o tarjetas de información sobre salud que puedan ser utilizadas por las personas a ambos lados de la frontera a fin de proporcionar información consistente y hacer que prestadores de servicios de salud en distintos lugares puedan reconocer información sobre la salud de un paciente, el estado de su tratamiento, y las medidas siguientes necesarias. Así, los Estados podrían discutir con los estados vecinos con rutas de migración en común, los regímenes de tratamiento recomendados a fin de estandarizar los regímenes de medicamentos y asegurarse de que los pacientes pueden recibir fácilmente tratamiento en una clínica en un lado de la frontera como del otro. Además, si bien podría ser difícil, los Estados podrían considerar la posibilidad de trabajar a través de las fronteras para generar un registro internacional o una base de datos estadística para recoger datos de los pacientes en un formato accesible y confidencial. Asimismo, los Estados

podrían proporcionar traductores en las clínicas a lo largo de la frontera en común que hablen los idiomas generalmente utilizados por los migrantes de la zona.

Las organizaciones internacionales y los donantes podrían ayudar a los Estados en la creación del tratamiento transfronterizo. ONUSIDA ha exigido “un protocolo regional para la estandarización del tratamiento del VIH, así como un sistema regional y los recursos necesarios para garantizar el tratamiento de los individuos afectados” (2008a, p. 6). Junto con los gobiernos estatales, organizaciones internacionales y los donantes pueden desempeñar un papel en asegurar que los pasaportes de salud, los regímenes de tratamiento y las directrices del TAR, que ya son aplicadas por los gobiernos, sean ajustados a fin de lograr uniformidad a lo largo de la frontera. Estos agentes también podrían ser parte crucial en el establecimiento de un registro internacional o de una base de datos para recopilar datos confidenciales de pacientes de forma accesible.

Además, recursos internacionales podrían contribuir a contratar traductores para las clínicas y así ayudar a los migrantes con la orientación, en la prestación de transporte desde los asentamientos de migrantes o centros de refugiados a las clínicas, y en la prestación de asistencia nutricional y otros suplementos a los regímenes del TAR para mejorar la salud de los migrantes. Ofrecer información en un formato que sea más accesible para los migrantes -ya sea a través de una línea telefónica directa, folletos, o el asesoramiento verbal- sobre la ubicación de las otras clínicas a lo largo de las rutas de migración y en el próximo destino del migrante, podría servir para ayudar a las poblaciones itinerantes a garantizar su acceso a los servicios de salud. ONUSIDA (2008a, p. 6) también ha recomendado el desarrollo de centros de recepción en cada país que puedan suministrar información general sobre servicios de salud a los migrantes, incluyendo las recomendaciones para el cuidado de la salud.

6. Conclusión

ONUSIDA ha solicitado que se adopten medidas que garanticen que

países de origen, de tránsito y países de acogida tengan programas de acceso a la salud conjuntos/tripartitos a fin de poder abordar en todo momento y en todos los lugares posibles el movimiento continuo de ciudadanos/trabajadores migrantes, incluyendo el momento antes de la partida, la migración en sí misma, el período inicial de adaptación, la adaptación exitosa, la migración de retorno y la reintegración en la comunidad de origen “(ONUSIDA, OIM, 2001, p. v y 39).

El derecho a la salud, a la igualdad y la no discriminación crea un compromiso de los Estados de proveer un mínimo de servicios de asistencia sanitaria en las mismas condiciones que los ciudadanos, para los no ciudadanos aunque estén en situación irregular. Esta declaración de buenas prácticas y esta obligación del derecho internacional, en la práctica, no se han cumplido. El resultado es que millones de personas no logran acceder al tratamiento contra el VIH que necesitan y se enfrentan al riesgo de complicaciones de salud innecesarias y a la muerte prematura.

Las ventajas de permitirle a los migrantes que accedan a atención temprana y obtengan medicación para una enfermedad tratable, y las consecuencias de fracasar

en el suministro de esta atención, son considerables. Estudios han demostrado que los migrantes tienden a estar en mejor estado de salud a su llegada que los nativos. (McDONALD; KENNEDY, 2004, p. 1613-1627). Sin embargo, la falta de estatuto legal migratorio, el miedo a ser detenido y las restricciones legales para acceder a los servicios de salud conllevan la falta de utilización de los servicios de salud y los retrasos en la búsqueda de atención. Este artículo ofrece sugerencias para avanzar con el objetivo de aumentar el acceso al TAR a los migrantes en los países del Sur global, incluyendo a temporales, permanentes y refugiados. Solamente a través de un esfuerzo global concertado por parte de los Estados, organizaciones internacionales y donantes, el derecho a la salud de los migrantes y en particular al TAR, se hará plenamente efectivo. La necesidad de adoptar medidas legislativas y acciones programáticas para eliminar la discriminación basada en la nacionalidad y mejorar el acceso de los migrantes al TAR no están impuestas por consideraciones de salud pública, sino que son requeridas en forma inmediata por el derecho internacional.

BIBLIOGRAFÍA

- ALTO COMISIONADO DE LAS NACIONES UNIDAS PARA LOS REFUGIADOS (ACNUR). 2008. **Plan Estratégico del ACNUR para VIH/SIDA: 2008-2012**, 1 de Julio. Disponible en: <<http://www.unhcr.org/publ/PUBL/488495642.pdf>>. Visitado el: 7 de Diciembre de 2008.
- AIDS Law Project (ALP). et. all. 2008. **Vulnerable Groups: Refugees, Asylum Seekers, and Undocumented Persons - the Health Situation of Vulnerable Groups in South Africa**, 4 de Marzo. Disponible en: <<http://www.pmg.org.za/files/docs/080326sanac.pdf>>. Visitado el: 29 de Enero de 2008.
- BANATI, P. 2007. Risk Amplification: HIV in Migrant Communities. **Development Southern Africa**, v. 24, n. 1, pág. 205-223.
- BANDYOPADHYAY, M.; THOMAS, J. 2002. Women Migrant Workers' Vulnerability to HIV Infection in Hong Kong. **AIDS Care**, v. 14, n. 4, pág. 509-521.
- BROCKERHOFF, M.; BIDDLECOM, A. E. 1999. Migration, Sexual Behavior and the Risk of HIV in Kenya. **The International Migration Review**, v. 33, n. 128, pág. 833-856.
- BURNS, F.; FENTON, K. A. 2006. Access to HIV Care Among Migrant Africans in Britain. What Are the Issues? **Psychology, Health & Medicine**, v. 11, n. 1, pág. 117-125.
- CHOLEWINSKI, R. 2000. Economic and Social Rights of Refugees and Asylum Seekers in Europe. **Georgetown Immigration Law Journal**, v. 14, pág. 709-755.
- CONSORCIO PARA REFUGIADOS E INMIGRANTES EN SUDÁFRICA (CoRMSA). 2008. **Protecting Refugees, Asylum Seekers, and Immigrants in South Africa**. Disponible en: <<http://www.cormsa.org.za/wp-content/uploads/2008/06/cormsa08-final.pdf>>. Visitado el: 7 de Diciembre de 2008.
- CONSEJO DE EUROPA, 1950. **Convenio Europeo para la Protección de los**

- Derechos Humanos y de las Libertades Fundamentales**, adoptado el 4 de Noviembre de 1950, 213 U.N.T.S. 222, entrada en vigor: 3 de Septiembre de 1953.
- ESTADOS UNIDOS. [200-]. **Plan de emergencia de la Presidencia de los Estados Unidos de ayuda para el alivio del SIDA (PEPFAR)**. Disponible en: <<https://www.pepfar.gov/countries/index.htm>>. Visitado el: 21 de enero de 2009.
- FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE DERECHOS HUMANOS (FIDH). 2008. **Surplus People? Undocumented and Other Vulnerable Migrants in South Africa**. Disponible en: <<http://www.fidh.org/spip.php?article5166>>. Visitado el: 7 de Diciembre de 2008.
- FORD, K.; CHAMRATHRITHIRONG, A. 2007. Sexual Partners and Condom Use of Migrant Workers in Thailand. **AIDS and Behavior**, v. 11, n. 6, pág. 905-914.
- GARRET, L. 2007. The Challenge of Global Health. **Foreign Affairs**, New York, v. 86, n. 1.
- HARLOW, T. 1999. Notes from the Field: TB Net Tracking Network Provides Continuity of Care for Mobile TB Patients. **American Journal of Public Health**, v. 89, n. 10, pág. 1581- 1582.
- HEALTH PROTECTION AGENCY. 2006. **Migrant Health: Infectious Diseases in Non-UK Born Populations in England, Wales, and Northern Ireland: A Baseline Report - 2006**. Londres. Disponible en: <http://www.hpa.org.uk/web/HPAwebFile/HPAweb_C/1201767922096>. Visitado el 7 Diciembre de 2008.
- HERNÁNDEZ-ROSETE, D. et al. 2008. Migration and Ruralization of AIDS. **Rev. Saúde Pública**, v. 42, n. 1, pág. 131-138.
- HUMAN RIGHTS WATCH (HRW). 2006. **No Bright Future: Government Failures, Human Rights Abuses and Squandered Progress in the Fight against AIDS in Zimbabwe**, v. 18, n. 5(A). Disponible en: <<http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/zimbabwe0706webwcover.pdf>>. Visitado el: 14 de Julio de 2009.
- _____. 2007. **Deadly Denial: Barriers to HIV/AIDS Treatment for People Who Use Drugs in Thailand**, v. 19, n. 17(C). Disponible en: <<http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/thailand1107.pdf>>. Visitado el: 14 de Julio de 2009.
- _____. 2008. **Neighbors in Need: Zimbabweans Seeking Refuge in South Africa**. Disponible en: <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/southafrica0608_1.pdf>. Visitado el: 14 de Julio de 2009.
- _____. 2009. **Access to Antiretroviral Therapy for Migrant Populations**, próximamente.
- HUNT, Paul. 2006. **Informe del Relator Especial sobre el derecho a la salud O.N.U.** Doc. A/61/338, 13 de Septiembre.
- IRIN PlusNews. 2007. **Thailand: Burmese Migrants Excluded from AIDS Treatment**, 15 de Enero. Disponible en: <<http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=64389>>. Visitado el: 8 de Diciembre de 2008.
- _____. 2008a. **South Africa-Zimbabwe: No Documents? No Treatment**, 28 Mar. Disponible en: <<http://www.irinnews.org/Report.aspx?ReportId=77493>>. Visitado el: 7 de Diciembre de 2008.
- _____. 2008b. **West Africa: A Life-Changing Highway**, 17 de Septiembre. Disponible en: <<http://www.plusnews.org/Report.aspx?ReportId=80439>>. Visitado el: 7 de Diciembre de 2008.

- JACOBSEN, K. 2007. Migration within Africa: The View from South Africa. *The Fletcher Forum of World Affairs Journal*, v. 31, pág. 203-212.
- McDONALD, J. T.; KENNEDY, S. Insights into the 'Healthy Immigrant Effect': Health Status and Health Service Use of Immigrants to Canada. *Social Science & Medicine*, v. 59, n. 8, pág. 1613-1627, 2004.
- MÉDICOS POR LOS DERECHOS HUMANOS. 2004. **No Status: Migration, Trafficking & Exploitation of Women in Thailand**. Boston. Disponible en: <<http://physiciansforhumanrights.org/library/documents/reports/report-2004-july-nostatus.pdf>>. Visitado el 8 de Diciembre de 2008.
- MÉDICOS SIN FRONTERAS. 2007. **Migrant Workers Deserve Better Access to Health Care**. Sai Wan. 17 de Diciembre. Disponible en: <http://www.msf.org/hk/public/contents/news?ha=&wc=0&hb=&hc=&revision_id=28029&item_id=26843>. Visitado el: 8 de Diciembre de 2008.
- NACIONES UNIDAS. 1948. **Declaración Universal de Derechos Humanos**, adoptada el 10 de Diciembre, A.G Res. 217A (III), O.N.U. Doc. A/810 at 71.
- . 1951. **Convención sobre el Estatuto de los Refugiados de 1951**, adoptada el 28 de Julio, U.N. Doc. 189 O.N.U.T.S. 150, entró en vigor el 22 de Abril de 1954.
- . **Convención Internacional sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación Racial 1965. (ICERD)**, adoptada el 21 de Diciembre, Dec. A. G. Res. 2106 (XX), annex, 20 O.N.U. GAOR Supp. (No. 14) at 47, O.N.U. Doc. A/6014, 1966, 660 U.N.T.S. 195, entró en vigor el 4 de Enero de 1969.
- . 1966a. **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (ICCPR)**, adoptado el 16 de Diciembre A.G. Res. 2200A (XXI), 21 O.N.U GAOR Supp. (No. 16) at 52, O.N.U Doc. A/6316, 1966, 999 U.N.T.S. 171, entró en vigor el 23 de Marzo de 1976.
- . 1966b **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (ICESCR)**, adoptado el 16 de Diciembre A.G. Res. 2200A (XXI), 21 O.N.U GAOR Supp. (No. 16) at 49, O.N.U Doc. A/6316, 1966, 993 U.N.T.S. 3, entró en vigor el 3 de Enero de 1976.
- . 1966c. **Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados**, adoptado el 16 de Diciembre. O.N.U. Doc. 606 U.N.T.S. 267, entró en vigor el 4 de Octubre de 1967.
- . 1989. **Convención sobre los Derechos del Niño, (CRC)**, adoptada el 20 de Noviembre. A.G. Res. 44/25, annex, 44 O.N.U. GAOR Supp. (No. 49) at 167, O.N.U. Doc. A/44/49, 1989, entró en vigor el 2 de Septiembre de 1990.
- . 1990. **Convención internacional sobre la protección de los derechos de todos los trabajadores migratorios y de sus familiares (CTM)**, adoptada el 18 de Diciembre de A.G. Res. 45/158, annex, 45 O.N.U. GAOR Supp. (No. 49A) at 262, O.N.U. Doc. A/45/49, 1990, entró en vigor el 1 de Julio de 2003.
- . 2001. **ONU Declaración de Compromiso sobre el VIH/SIDA**, 2 de Agosto A.G. Res. S-26/2, O.N.U. Doc. A/RES/S-26/2.
- . 2006. **Declaración Política sobre el VIH/SIDA**, A.G. Res. 60/262, O.N.U. Doc. A/RES/60/262, 15 de Junio. Disponible en: <http://data.unaids.org/pub/Report/2006/20060615_HLM_PoliticalDeclaration_ARES60262_en.pdf>. Visitado el: 29 de Enero de 2009.

- NACIONES UNIDAS, Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (UNCESCR). 2000. **Observación general N° 14: El derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud.** (Cuestiones sustantivas derivadas de la aplicación del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales), E/C.12/2000/4.
- NACIONES UNIDAS Comité para la Eliminación de la Discriminación Racial. 2004. **Recomendación General N° 30: no discriminación de los ciudadanos.** Disponible en: <<http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/0/e3980a673769e229c1256f8d0057cd3d?Opendocument>>. Visitado el: 8 de Diciembre de 2008.
- NACIONES UNIDAS, Comité de los Derechos Del Niño. 2003. **OBSERVACIÓN GENERAL N° 3: El VIH/SIDA y los derechos del niño.** Disponible en: <[http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/\(symbol\)/CRC.GC.2003.3.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/tbs/doc.nsf/(symbol)/CRC.GC.2003.3.En?OpenDocument)>. Visitado el: 8 de Diciembre de 2008.
- NACIONES UNIDAS, Comité de Derechos Humanos. 1994a. **Observación general N° 15: La situación de los extranjeros en el marco del Pacto,** ONU Doc. HRI/GEN/1/Rev.1, Vigésimo séptimo período de sesiones, 1986.
- _____. 1994b. **Observación general N° 18: No discriminación,** ONU Doc. HRI/GEN/1/Rev.1, Treinta y siete, 1989.
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS (OACDH). 2006. **Los derechos de los no ciudadanos.** Nueva York and Ginebra. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/noncitizensen.pdf>>. Visitado el: 14 de Julio de 2009.
- OFICINA DEL ALTO COMISIONADO PARA LOS DERECHOS HUMANOS (OACDH); Organización Mundial de la Salud (OMS). 2008. **The Right to Health: Fact Sheet No. 31.** Ginebra. Disponible en: <<http://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>>. Visitado el: 14 de Julio de 2009.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL DEL TRABAJO (OIT); Organización Internacional para las Migraciones (OIM); Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el HIV/AIDS (ONUSIDA). 2008. **Policy Brief: HIV and International Labor Migration.** Disponible en: <http://data.unaids.org/pub/Manual/2008/jc1513a_policybrief_en.pdf>. Visitado el: 14 de Julio de 2009.
- ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM). [200-?]. **About Migration.** Disponible en: <<http://www.iom.int/jahia/Jahia/lang/en/pid/3>>. Visitado el: 7 de Diciembre de 2008.
- _____. [2009?]. **“Incorporando Poblaciones Migrantes en el Censo Nacional de Tailandia del 2010”, sin fecha.** Disponible en: <<http://www.iom.int/jahia/Jahia/facilitating-migration/migrant-integration/pid/2025>>. Visitado el: 12 de Enero de 2008.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). 2007. **Lista Modelo de Medicamentos esenciales de la OMS, 15ª Lista, Marzo,** Disponible en: <http://www.who.int/medicines/publications/08_ENGLISH_indexFINAL_EML15.pdf>. Visitado el 8 de Diciembre de 2008.
- _____. 2003. **International Migration, Health & Human Rights. Health & Human Rights Publication Series, n. 4,** Diciembre. Disponible en: <<http://www.who.int/hhr/activities/en/FINAL-Migrants-English-June04.pdf>>. Visitado el: 7 de Diciembre de 2008.
- ORGANIZACIÓN PARA LA UNIDAD AFRICANA (OUA). 1981. **Carta africana**

- sobre los derechos humanos y de los pueblos (Carta de Banjul), adoptada el 27 de Junio. OAU Doc. CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), entró en vigor el 21 de Octubre de 1986.
- . 1990. **Carta Africana sobre los Derechos y Bienestar del Niño** (OUA) Doc. CAB/LEG/24.9/49, entró en vigor el 29 de Noviembre de 1999.
- PALITZA, K. 2008. South Africa: Refugees Denied Access to Health Care. **Inter-Press Service**, Durban, 1 de Julio. Disponible en: <<http://ipsnews.net/news.asp?idnews=43029>>. Visitado el: 14 de Julio de 2009.
- PARLAMENTO DE LA REPÚBLICA DE SUDÁFRICA. [2008]. **Background Research Report Compiled by the Research Unit for the Task Team of Members of Parliament Probing Violence and Attacks on Foreign Nationals**. Disponible en: <http://www.parliament.gov.za/content/BACKGROUND_RESEARCH_REPORT.pdf>. Visitado el: 12 de Enero de 2008.
- PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL HIV/AIDS (ONUSIDA). 2001. **Population Mobility and AIDS: UNAIDS Technical Update. UNAIDS Best Practice Collection**, Ginebra, Febrero. Disponible en: <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/JC513-PopMob-TU_en.pdf>. Visitado el: 7 de Diciembre de 2008.
- . 2008a. **Report on the Global AIDS Epidemic**. Disponible en: <<http://www.unaids.org/en/KnowledgeCentre/HIVData/GlobalReport/2008/default.asp>>. Visitado el: 14 Jul. 2009.
- . 2008b. **RST-ESA Position Paper: HIV in the Context of Zimbabwean Migrant Populations**. 28 de Julio.
- PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL HIV/AIDS (ONUSIDA); ORGANIZACIÓN INTERNACIONAL PARA LAS MIGRACIONES (OIM). 2001. El derecho a la salud de los migrantes. **UNAIDS Best Practice Collection**, Ginebra, Marzo. Disponible en: <http://data.unaids.org/Publications/IRC-pub02/jc519-migrantsrighttohealth_en.pdf>. Visitado el: 7 de Diciembre de 2008.
- REPÚBLICA DE SUDÁFRICA. 1996. **Constitución de la República de Sudáfrica**, 4 de Diciembre. Disponible en: <<http://www.info.gov.za/documents/constitution/index.htm>>. Visitado el: 29 de Enero de 2008.
- . 2007. **Revenue Directive by Department of Health to all Provincial Health Managers and HIV/AIDS Directorates**, 19 de Septiembre.
- SAETHER, S. T. et al. 2007. Migrants' Access to Antiretroviral Therapy in Thailand. **Tropical Medicine and International Health**, v. 12, n. 8, pág. 999-1008.
- Sexagésimo primer período de la Asamblea Mundial de la Salud, **La salud de los Migrantes**, Tema de Agenda 11.9, 24 de Mayo de 2008.
- SMART, T. 2008. Migrants with MDR-TB in Southern Africa Being Dumped Off at Borders Without Referrals to Care. **Aidsmap**, 31 de Octubre. Disponible en: <<http://www.aidsmap.com/en/news/F776AAFE-AB53-42B7-81BA-85C3E6426171.asp>>. Visitado el: 7 de Diciembre de 2008.
- SOUTEYRAND, Y.P. 2008. Free Care at Point of Service Delivery: A Key Component for Reaching Universal Access to HIV/AIDS Treatment in Developing Countries. **AIDS**, v. 22 Suppl. 1, pág. S161-168.

- STOVER, E. et al. 2007. **The Gathering Storm: Infectious Diseases and Human Rights in Burma**. Disponible en: <http://www.soros.org/initiatives/bpsai/articles_publications/publications/storm_20070628>. Visitado el: 14 de Julio 2009.
- UNITED NATIONS INTERNATIONAL INSTITUTE FOR THE ADVANCEMENT OF WOMEN (UN-INSTRAW); South African Institute of International Affairs (SAIIA). 2007. **Gender, Remittances and Development: Preliminary Findings from Selected SADC Countries**. Disponible en: <<http://www.un-instraw.org/en/downloads/final-reports/index.php>>. Visitado el: 7 de Diciembre de 2008.
- VEAREY, J. 2008a. Q & A: Denying Antiretrovirals to Migrants Hurts Us All. **Inter-Press Service**, Johannesburg, 15 de Julio. Disponible en: <<http://ipsnews.net/news.asp?idnews=43191>>. Visitado el: 14 de Julio de 2009.
- _____. 2008b. The Right to Health: Assessing Non-Citizen Access to Antiretroviral Treatment in Inner-City Johannesburg, **AAAO Newsletter**, 29 de Mayo.
- WALDMAN, A. 2005. On India's Roads, Cargo and a Deadly Passenger, **New York Times**, New York, 6 de Diciembre.
- WELZ, T. et al. 2007. Continued Very High Prevalence of HIV Infection in Rural KwaZulu-Natal, South Africa: A Population-Based Longitudinal Study. **AIDS**, v. 21, n. 11, pág. 1467-1472.
- WOLFFERS, F.; Verghis, S.; Marin, M. 2003. Migration, Human Rights, and Health. **The Lancet**, v. 362, pág. 2019-2020.
- YANG, F. 2007. Life and Death Away from the Golden Land: The Plight of Burmese Migrant Workers in Thailand. **University of Hawaii Asian-Pacific Law & Policy Journal**, v. 8, pág. 485-535.

NOTAS

1. Véase que, sin embargo, no hay un acuerdo internacional sobre la definición de "migrante". (Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA - ONUSIDA, Organización Internacional para las Migraciones - OIM, 2001, pág. 1).

2. De hecho, el libre acceso al tratamiento del VIH/SIDA en cuanto a la prestación de servicios ha sido determinado por la OMS como componente de acceso universal (Souteyrand et al., 2008).

3. Para un análisis sobre las barreras que enfrentan los consumidores de drogas en Tailandia para el acceso a los análisis del VIH, apoyo y tratamiento, ver Human Rights Watch, 2007.

4. En virtud del derecho internacional, los Estados tienen derecho a controlar sus fronteras y decidir a quién admitir o expulsar, siguiendo los procedimientos apropiados y limitados por los principios de no discriminación, la prohibición de

tratos inhumanos, el respeto de la vida familiar, y otros derechos humanos así como el derecho de protección de los refugiados (Comité de Derechos Humanos, 1994, párr. 5). Los derechos de los extranjeros a la no discriminación en materia de derechos fundamentales -como el derecho a la atención de la salud- descritos en este documento no interfieren con el derecho fundamental de una nación de controlar sus fronteras donde, de otra manera, estaría justificado por el derecho internacional.

5. Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS incluye antirretrovirales de tres clases - Inhibidores nucleosídicos de la transcriptasa inversa, Inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa inversa y los Inhibidores de la proteasa, como los medicamentos esenciales para el tratamiento y prevención del VIH (Organización Mundial de la Salud, 2007).

ABSTRACT

While international human rights law establishes the right to health and non-discrimination, few countries have realized their obligations to provide HIV treatment to non-citizens—including refugees, long-term migrants with irregular status, and short-term migrants. Two countries, South Africa and Thailand, provide useful illustrations of how government policies and practices discriminate against non-citizens and deny them care. In South Africa, although individuals with irregular status are afforded a right to free health care including antiretroviral therapy (ART), non-South African citizens are frequently denied ART at public health care institutions. In Thailand, even among registered migrants, only pregnant women are entitled to ART. In order to meet international human rights law—which requires the provision of a core minimum of health services without discrimination—states in the Global South and worldwide must make essential ART drugs available and accessible to migrants on the same terms as citizens.

KEYWORDS

Migrant – HIV/AIDS. Antiretroviral therapy – Human rights – Right to health.

RESUMO

Embora o direito internacional dos direitos humanos estabeleça o direito à saúde e à não discriminação, poucos países cumpriram com sua obrigação de oferecer tratamento de HIV para não cidadãos – incluindo refugiados, migrantes permanentes em situação irregular e migrantes transitórios. Dois países, África do Sul e Tailândia, ilustram como políticas e práticas governamentais discriminam não cidadãos negando-lhes o tratamento. Na África do Sul, ainda que indivíduos em situação irregular tenham direito a tratamento de saúde gratuito, incluindo a terapia antiretroviral, as instituições públicas de saúde frequentemente negam o tratamento antiretroviral àqueles que não são cidadãos sul-africanos. Na Tailândia, até mesmo entre migrantes regularizados, somente as mulheres grávidas têm direito à terapia antiretroviral. A fim de atender o direito internacional dos direitos humanos - que garante o fornecimento de um conjunto mínimo de serviços de saúde sem discriminação – os Estados do Sul Global e de todo o mundo devem disponibilizar drogas antiretrovirais e torná-las acessíveis aos migrantes nas mesmas condições que a seus cidadãos.

PALAVRAS-CHAVE

Migrante – HIV/AIDS – Terapia antiretroviral – Direitos humanos. Direito à saúde.