

5 Sep 05

## **Consejo Mundial de Iglesias**

### **Hacia una política sobre el VIH/SIDA en el trabajo**

*Documentos de Trabajo*

## ÍNDICE

### **I Preámbulo**

### **II Situación Epidemiológica**

### **III Motivación: Supervivencia de la capacidad de organización**

#### **1. Objetivos**

#### **2. Definiciones**

#### **3. Responsabilidad de la aplicación**

#### **4. Confidencialidad**

#### **5 Dimensiones de género**

#### **6. Prácticas más seguras (sexuales o de otro tipo)**

#### **7. Exposición ocupacional o de otro tipo**

#### **8. Medicación disponible (Infecciones oportunistas, patología y terapia antirretrovírica (ARV))**

#### **9. Asesoramiento y pruebas voluntarias**

#### **10. Investigación del VIH y empleo**

#### **11. Información y formación**

#### **12. Acomodación razonable**

#### **13. Estigma y discriminación**

#### **14. Defensa del acceso universal**

#### **15. Viajes, destinos y vacunas**

#### **16. Terminación del empleo**

#### **17 Procedimientos para la presentación de reclamaciones y disciplinarios**

#### **Anexo 1 Datos Epidemiológicos Regionales**

#### **Anexo 2 Acuerdo de confidencialidad**

## I Preámbulo

El libro del Génesis nos muestra a un Dios que vuelve la vista sobre cada día de la creación y ve que es bueno y, el último día de la creación, examina toda la creación y ve que es muy buena (Gen 1:10, 12, 18, 21, 25, 31). La bondad de la creación, según nuestra teología, se rompió a causa del pecado y, por ello, la enfermedad y el sufrimiento entraron en una creación “muy buena”. Jesucristo vino a restablecer la maravilla de la creación, haciendo efectivas sus palabras. “He venido para que tengáis vida y la tengáis en abundancia” (Jn 10: 9-11). Por desgracia, en esta era del VIH y SIDA, la primera respuesta de muchas iglesias a la pandemia mundial del VIH/SIDA representó una actitud ya superada en el libro de Job: “Es el castigo de Dios por el pecado”. Y también hoy, muchas iglesias siguen respondiendo de la misma forma. Lo que determina si una persona es VIH-positiva o no, no es si esa persona ha hecho lo “lícito” o lo “ilícito”, sino más bien si ha hecho lo “seguro” o lo “inseguro”.

Hoy en día, sabemos que la infección del VIH puede identificarse, prevenirse y gestionarse, y que, con los actuales conocimientos médicos, no hay razón por la que alguien deba morir de una enfermedad relacionada con el SIDA. En esta pesadilla de sufrimiento y muerte, de los huérfanos y las viudas y de las amenazas que experimentan los grupos más vulnerables, especialmente los reclusos y los trabajadores emigrantes, vuelven a resonar las palabras de Jesús: “Os doy un nuevo mandamiento: Que os améis los unos a los otros. Como yo os he amado, que también os améis unos a otros”. (Jn 13: 34-36) La Comunidad Cristiana ha hecho mucho en todo el mundo para tratar de aliviar los dolores y sufrimientos causados por el VIH y el SIDA. Persiste la triste realidad de que en la difusión de su amor, con mayor frecuencia las iglesias lo han hecho más hacia fuera que hacia dentro.

Innumerables líderes religiosos han muerto ya de enfermedades relacionadas con el SIDA e incluso es más aterrador el número de personas que han muerto en la vergüenza. El estigma y la discriminación en torno al VIH y SIDA continúan impulsando la pandemia, ya que pueden impedir que la gente recurra al asesoramiento y pruebas voluntarias para conocer su situación. Incluso si una persona sabe que es VIH positiva, y sabe que es necesario utilizar un preservativo para protegerse a sí misma o a su cónyuge, frecuentemente no lo hará porque se asocia el preservativo con el VIH y el SIDA y se le pueden hacer preguntas sobre por qué es ahora necesario utilizarlo.

Algunos de los mensajes transmitidos para reducir la propagación del VIH han contribuido desgraciadamente a aumentar el estigma. Uno de tales mensajes es “ABC”<sup>1</sup>. En el ámbito de la Red africana de dirigentes religiosos que conviven con el VIH y el SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+), se ha elaborado un nuevo modelo, llamado **SAVE** – *Safer practices, Available medications, Voluntary*

---

<sup>1</sup> La forma en que se ha presentado ABC y lo ha entendido la mayoría de la gente es: en primer lugar, abstente; si no puedes abstenerte, se fiel y, si no puedes ser fiel, utiliza el preservativo. Así no se aporta ningún conocimiento sobre la situación de una persona con respecto al VIH. Si tú y tu pareja actual o futura estáis viviendo con el VIH y no os habéis sometido a pruebas, pero habéis tenido relaciones sexuales sin protección, estáis poniendo a la otra persona en peligro de contraer la infección del VIH. También es verdad que, si bien la abstinencia puede ser apropiada en algunas etapas de la vida, la fidelidad lo es siempre. Además, el uso del preservativo se califica automáticamente como de algo que usan las personas que no pueden ser fieles ni quieren abstenerse. Esto fomenta el estigma e impide a la gente mantener relaciones sexuales más seguras.

*counselling and testing, and Empowerment through education* – (Prácticas más seguras, disponibilidad de tratamiento, asesoramiento y pruebas voluntarias, y empoderamiento por medio de la educación). La prevención del VIH y SIDA nunca será eficaz si no se incluye un componente de atención, por lo que el modelo SAVE combina tanto la prevención como la atención y transmite mensajes para contrarrestar la estigmatización. El VIH es un virus no una cuestión moral. Como tal, la respuesta debería basarse en medidas de salud pública reguladas por principios de derechos humanos.

**S** se refiere a prácticas más seguras que abarcan todos los distintos modos de transmisión del VIH. Por ejemplo, sangre segura en las transfusiones, métodos que sirvan de barrera en la relación sexual de penetración, agujas y jeringas estériles para las inyecciones, métodos más seguros de escarificación y adopción de precauciones médicas universales.

**A** se refiere a los tratamientos médicos disponibles. La terapia antirretrovírica (ARV) no es en manera alguna la única intervención médica que necesitan las personas que viven con el VIH o SIDA. Mucho antes de que sea necesario o deseable que una persona comience una terapia ARV, surgen necesidades médicas relacionadas con pruebas de patología e infecciones oportunistas. El tratamiento de las infecciones oportunistas mejora la calidad de la vida, la salud y la sobrevivencia a largo plazo. Para todas las personas son de vital importancia una buena nutrición y un suministro suficiente de agua limpia, pero lo son doblemente para las personas que viven con el VIH o el SIDA.

**V** se refiere a recurrir voluntariamente al asesoramiento y las pruebas, lo cual puede mitigar el estigma relacionado con el VIH y aumentar la eficacia de la prevención. Una persona que conoce su situación con respecto al VIH se halla en mejores condiciones de protegerse de la infección o evitar infectar a otros, según el estado de cada persona. Además, se puede ofrecer información y apoyo a quien es VIH-positivo para que viva positivamente. Las personas que ignoran su estado con respecto al VIH o que no se preocupan pueden ser fuentes de nuevas infecciones de VIH.

**E** se refiere tal empoderamiento por medio de la educación. No es posible adoptar una decisión informada si no se conocen todos los hechos. La mala información o las acciones equivocadas son dos de los principales factores que fomentan el estigma y la discriminación en relación con el VIH y SIDA. Es preciso difundir una información correcta a todas las personas dentro de las iglesias a fin de asegurar que respondan a otros por medio de los conocimientos y desde una perspectiva del amor centrado en Cristo. Se ayudará así a las personas a vivir positivamente – cualquiera que sea su estado con respecto al VIH – y a romper las barreras que el VIH ha interpuesto entre las personas y dentro de las comunidades. La educación incluye también información sobre buena nutrición, gestión de las tensiones y necesidad de ejercicio físico.

No obstante, ninguno de los modelos será eficaz si no podemos normalizar la situación con respecto al VIH y SIDA.

Las iglesias tienen que adoptar medidas y reconocer que algunas personas, por ellas empleadas o que trabajan como voluntarias, no sólo viven con el VIH, sino que mueren por enfermedades relacionadas con el SIDA en una época en que esto puede

evitarse. Una de las formas en que se puede normalizar el VIH y SIDA es que las iglesias adopten una política sobre puestos de trabajo con respecto al VIH y SIDA.

Se ha creado una brecha entre las iglesias y la sociedad en la que viven y actúan. El mandato evangélico del amor nos exige llegar a esas comunidades. Una de las funciones de las iglesias debe ser la de promover y proteger la salud de grupos identificables con comportamiento en riesgo que actualmente tienen tasas elevadas o crecientes de infección del VIH, o que, según la información de salud pública, se hallan en mayor riesgo y son las más vulnerables a nuevas infecciones, tal como lo indican factores como la historia local de la epidemia, la pobreza, las prácticas sexuales, el uso de drogas, los medios de vida, la ubicación institucional, estructuras sociales trastornadas y movimientos de población forzados o de otro tipo.

Esta política de lugares de trabajo ha sido elaborada por el Consejo Mundial de Iglesias juntamente con la Red africana de dirigentes religiosos que conviven con el VIH/SIDA o están personalmente afectados (ANERELA+) y la Red mundial de personas que conviven con el VIH/SIDA (GNP+) para subsanar esta deficiencia y ayudar a las iglesias a asumir la dirección y acoger y aceptar a las personas que conviven con el VIH y SIDA tanto dentro como fuera de las iglesias. No hay nada que ayude a afrontar con más eficacia el estigma y la discriminación que el hecho de que dirigentes y miembros de las iglesias vivan abiertamente su situación con respecto al VIH con pleno conocimiento de que son afectados y apoyados por su iglesia.

Esta política de lugares de trabajo está en consonancia con los trabajos que realiza el CMI y con la declaración aprobada por el Comité Central del CMI en septiembre de 1996, basándose en el proceso de estudios del Grupo Consultivo sobre el SIDA, en cuya "Conclusión: qué pueden hacer las iglesias"<sup>2</sup> se describe una serie de actividades que las iglesias podrían realizar en respuesta a la pandemia del VIH/SIDA.

## **II Situación Epidemiológica<sup>3</sup>**

Se estima que, en 2003, el VIH infectó a otros 4,8 millones de personas (intervalo: 4,2-6,3 millones). Esa cifra es superior a la de cualquier año precedente. En la actualidad, unos 37,8 millones de personas (intervalo: 34,6-42,3 millones) están viviendo con el VIH, que en 2003 se cobró la vida de 2,9 millones de personas (intervalo: 2,6-3,3 millones) y acumuló un total de más de 20 millones de defunciones desde que en 1981 se identificaron los primeros casos de SIDA. África subsahariana tiene poco más del 10% de la población mundial, pero alberga casi las dos terceras partes de todas las personas que viven con el VIH: unos 25 millones (intervalo: 23,1-27,9 millones). Los datos epidemiológicos regionales pueden verse en el **Anexo 1**.

## **III Motivación: Supervivencia de la capacidad de organización**

Las iglesias tienen mucho que perder si la respuesta al VIH/SIDA es inadecuada. La razón de ello es no sólo que el SIDA matará en este decenio a más personas que todas las guerras y catástrofes durante los últimos 50 años, sino también que amenaza la capacidad de organización y la misma supervivencia de las iglesias en países con

---

<sup>2</sup> Comité Central del Consejo Mundial de Iglesias, Ginebra, Suiza, 12-20 de septiembre de 1996. Documento N° 6.2B. El impacto del VIH/SIDA y la respuesta de las iglesias. Declaración aprobada por el Comité Central del CMI basándose en el proceso de estudios del Grupo Consultivo del CMI sobre el SIDA, septiembre de 1996.

<sup>3</sup> ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial del SIDA*, 2004.

elevada prevalencia del VIH. El colapso de las iglesias tendría repercusiones en todos los aspectos de la vida de las iglesias.

Reconociendo el impacto devastador del VIH/SIDA, dirigentes de iglesias de África y organizaciones ecuménicas internacionales y de África elaboraron un Plan de Acción coordinado para responder a la epidemia del SIDA en África, en una “Consulta Mundial sobre Respuestas Ecuménicas al VIH/SIDA en África”, organizada por el Consejo Mundial de Iglesias (CMI) en Nairobi, Kenya, del 25 al 28 de noviembre de 2001. En el Plan de Acción se afirma que “el Plan es parte de la respuesta de estos grupos de colaboradores al problema urgente que plantea la epidemia del VIH/SIDA: un problema con el que se han enfrentado todas las organizaciones religiosas, que está despoblando África con más rapidez que cualquier otra calamidad desde el tráfico de esclavos”<sup>4</sup>.

## 1. Objetivos

La política de puestos de trabajo en relación con el VIH/SIDA aplicada por el Consejo Mundial de Iglesias tiene por objeto:

- Reducir al mínimo la posibilidad de infección con el VIH de los empleados y voluntarios de las iglesias, así como de los ordenandos, y de los cónyuges y familiares a cargo de las citadas personas
- Asegurar a los candidatos a la ordenación que su estado con respecto al VIH no influirá en manera alguna en su aceptación por las iglesias como ordenandos ni influirá en si se ordenará o no a la persona
- Asegurar un entorno de trabajo de apoyo a los empleados, voluntarios y ordenandos que conviven con el VIH o el SIDA o están afectados personalmente
- Asegurar que los empleados, voluntarios y ordenandos y sus cónyuges y personas a cargo tengan acceso a servicios de atención, apoyo y tratamiento, incluyendo la terapia antirretrovírica, cuando sea necesario
- Gestionar y mitigar los efectos del VIH/SIDA en la vida y el trabajo de las iglesias
- Mitigar los efectos del rechazo, estigma y discriminación en los lugares de trabajo ya sea por razón del estado real o percibido con respecto al VIH, o de la vulnerabilidad a la infección por VIH

## 2. Definiciones

**Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)** - es la última etapa de la infección causada por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). Una persona que vive con el VIH puede parecer y sentirse sana durante mucho tiempo

---

<sup>4</sup> Respuesta ecuménica al VIH/SIDA en África, Plan de Acción elaborado en la “Consulta Mundial sobre las respuestas ecuménicas al VIH/SIDA en África”, Nairobi, Kenya, 25-28 de noviembre de 2001.

antes de que se le diagnostique el SIDA. Sin embargo, el VIH debilita el sistema (inmunitario) de defensas del cuerpo hasta que llega a no poder combatir enfermedades e infecciones como neumonía, diarrea, tumores, cánceres y otras enfermedades.

**Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH):** es el virus que puede causar el SIDA o el Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida. El VIH ataca el sistema inmunitario del cuerpo que es el que combate las infecciones.

**Terapia Antirretrovírica (ARV):** medicamentos utilizados en el tratamiento de la infección por VIH. Actúan contra la infección misma de VIH reduciendo la reproducción del VIH en el cuerpo, pero no la curan.

**Empleado** es una persona cuya vocación ha sido reconocida y recibe una compensación financiera o de otro tipo por un ministerio ejercido en nombre de la iglesia o una persona laica que ocupa puestos remunerados dentro de las iglesias.

**Voluntario** es la persona que participa en el ministerio de una iglesia con carácter voluntario tanto si recibe una compensación financiera como no la recibe.

**Ordenando** es la persona aceptada por la iglesia como llamada por Dios y a la que esa iglesia ayuda en su formación teológica o de otro tipo como preparación para la ordenación.

**Cónyuge** es el esposo o esposa del empleado, voluntario u ordenando.

**Persona a cargo** es una persona que:

- Vive en el país, pero no necesariamente en la misma residencia que el empleado, voluntario u ordenando, y de la que el empleado, voluntario u ordenando es responsable.

Además:

- No se establece ninguna distinción entre personas a cargo adultas e infantiles por lo que respecta a la cobertura que se les presta con arreglo a esta política, y
- Hasta un total de ocho personas a cargo, que deben estar registradas por nombre en la iglesia u organización religiosa, pueden estar cubiertas por las condiciones de esta política.

**Información relacionada con el VIH:** información de que hay alguna persona:

- que convive con el VIH o el SIDA;
- a la que se ha pedido o se ha aconsejado que se someta a una prueba de VIH;
- que recibe o ha recibido un tratamiento o asesoramiento que indica que es posible que viva con el VIH o el SIDA;
- que haya tenido experiencias que la ponen en riesgo de haber contraído el VIH; o
- que ha estado en asociación o relación estrecha con alguien que vive con el VIH o el SIDA.

**Investigación del VIH** significa cualquier medición de la infección potencial o actual con el VIH, tanto directa (prueba de VIH), como indirecta (evaluación de comportamientos de riesgo), o realizada mediante preguntas sobre pruebas a las que se ha sometido ya o sobre tratamiento médico.

**Acomodación razonable** significa cualquier modificación o ajuste de su trabajo o responsabilidades que sea razonablemente practicable y permita a la persona que convive con el VIH o el SIDA acceder a un empleo o participar o progresar en él.

**Profilaxis después de la exposición (PDE)** un tipo de terapia antivírica contra el VIH encaminada a reducir (pero no eliminar) la posibilidad de infección con el virus después de una exposición conocida.

**Precauciones hematológicas universales** son las normas sencillas de control de la infección utilizadas para reducir al mínimo el riesgo de infección con patógenos transmitidos por la sangre, incluidos el VIH y la hepatitis. Estas precauciones universales incluyen la utilización de barreras protectoras tales como guantes, batas, delantales, mascarillas o anteojos protectores, que reduzcan el riesgo de exposición de la piel o las membranas mucosas de la persona a materiales potencialmente infecciosos.

### **3. Responsabilidad de la aplicación**

La responsabilidad de la aplicación de esta política de lugares de trabajo recae sobre la principal autoridad decisoria de las iglesias/Organización Ecuménica Regional/organización religiosa.

### **4. Confidencialidad**

4.1 Las iglesias deberán fomentar la creación de un entorno de trabajo propicio en el que los empleados, voluntarios y ordenandos puedan hablar abiertamente del VIH/SIDA, incluyendo su propia experiencia de vida con el VIH/SIDA. Cuando los empleados, voluntarios y ordenandos revelen que ellos o sus cónyuges y/o personas a cargo viven con el VIH/SIDA, se respetará la confidencialidad. Esta revelación se tratará en todas las circunstancias como algo compartido confidencialmente entre las partes, a menos que se declare expresamente lo contrario. Si hubiera alguna duda, se consultará a la persona que vive con el VIH/SIDA antes de darlo a conocer.

4.2 La información relacionada con el VIH acerca de posibles candidatos a la ordenación o empleados o voluntarios, o de actuales empleados o voluntarios o de los cónyuges y/o personas a cargo de cualesquiera de las personas arriba mencionadas se mantendrá estrictamente confidencial.

4.3 Los empleados y voluntarios que trabajen para las iglesias, así como los ordenandos, deberán firmar un acuerdo de confidencialidad (Anexo 2), y se les informará de que cualquier revelación no autorizada de información relacionada con el VIH es una falta disciplinaria. Podrá dar lugar también a procedimientos legales contra la persona que revele la información y la iglesia.



## **5 Dimensiones de género**

5.1 Las iglesias reconocen que el VIH/SIDA repercute de forma diferente en los empleados, voluntarios y ordenandos hombres y mujeres en lo relativo a la susceptibilidad fisiológica a la infección, así como a la salud reproductiva. Se reconoce asimismo que las mujeres normalmente proporcionan la mayor parte de los cuidados a quienes padecen enfermedades relacionadas con el SIDA y que las mujeres embarazadas que padecen el VIH tienen necesidades adicionales especiales.

5.2 Cualquier programa de asistencia estará encaminado a tener en cuenta estos efectos diferentes y, según proceda, a subsanar las desigualdades de género, por ejemplo, estimulando y apoyando a los hombres para que presten los cuidados.

## **6. Prácticas más seguras (sexuales o de otro tipo)**

6.1 La autoridad competente de la iglesia proporcionará a los empleados, voluntarios y ordenandos una información personalizada, exacta y actualizada para que puedan protegerse a sí mismos del VIH y otras infecciones transmitidas sexualmente o por la sangre, así como de la tuberculosis, la malaria y la enfermedad del sueño.

6.2 Cuando la donación de sangre no sea segura, la autoridad competente de la iglesia informará a los empleados, voluntarios y ordenandos sobre dónde pueden obtener sangre segura.

6.3 La autoridad competente de la iglesia facilitará también información sobre dónde pueden obtenerse agujas y jeringas estériles, debido a que la transmisión del VIH puede producirse mediante la utilización de agujas y jeringas no estériles.

6.4 La autoridad competente de la iglesia asegurará que todos los vehículos de la iglesia estén plenamente dotados de cinturones de seguridad. Cuando se disponga de cinturones de seguridad, todos los empleados, voluntarios y ordenandos deberán abrochárselos siempre que viajen en comisión de servicio. La autoridad competente de la iglesia asegurará también que todos los vehículos se sometan periódica y debidamente a las reparaciones y mantenimiento necesarios.

6.5 Los empleados, voluntarios y ordenandos deberán llevar casco cuando viajen en motocicleta en comisión de servicio.

## **7. Exposición ocupacional o de otro tipo**

7.1 En el caso de accidentes que entrañen el riesgo de exposición a sangre humana, deberán aplicarse las precauciones universales para asegurar que no haya ningún riesgo de transmisión del VIH u otras enfermedades transmitidas por la sangre. Esto exige que se disponga de maletines de primeros auxilios en las instalaciones y vehículos.

7.2 La autoridad competente de la iglesia deberá elaborar procedimientos para enviar inmediatamente a obtener asesoramiento, evaluación y tratamiento médico (incluida la profilaxis posterior a la exposición, cuando sea el caso) a los empleados, voluntarios y ordenandos, así como a sus cónyuges y personas a cargo, que hayan

estado expuestos al riesgo de infección por VIH (p. ej. por medio de un accidente o agresión sexual), tanto en el lugar de trabajo como en otros lugares.

7.3 Se les concederá un número razonable de días libres para recibir asesoramiento después de la exposición ocupacional o de otro tipo.

## **8. Medicación disponible (Infecciones oportunistas, patología y terapia antirretrovírica (ARV))**

8.1 El imperativo de amor del Evangelio debería guiar la respuesta al VIH y al SIDA en las iglesias, lo que incluye la prestación de cuidados, apoyo y tratamiento a los empleados, voluntarios y ordenandos, así como a sus cónyuges y personas a cargo, que viven con el VIH o el SIDA. Todos los empleados, voluntarios y ordenandos, así como sus cónyuges y personas a cargo, independientemente de su situación con respecto al VIH, tienen derecho a servicios de salud asequibles.

El debilitamiento del sistema inmunitario, como consecuencia de la infección por el VIH, hace que las personas sean más susceptibles a infecciones bacterianas, parasitarias, víricas y de otros tipos. Las iglesias deben preocuparse especialmente de las necesidades de salud de los empleados, voluntarios y ordenandos, así como de sus cónyuges y personas a cargo, facilitándoles el acceso los medicamentos para tratar las infecciones oportunistas, lo que les permitirá tener una mejor calidad de vida, mejor salud y vivir más tiempo.

Parte del éxito del tratamiento de las infecciones oportunistas depende de un diagnóstico oportuno. La gestión de infección por VIH exige el seguimiento continuo de la respuesta inmunitaria<sup>5</sup> de la persona y, cuando lo indique la prescripción médica, las iglesias deberán facilitar una terapia antirretrovírica, incluyendo el seguimiento apropiado, a los empleados, voluntarios y ordenandos así como a sus cónyuges y personas a cargo.

8.2 Las personas que viven con el VIH/SIDA, sus familias y amigos deben recibir asesoramiento y apoyo a lo largo de todo su itinerario de análisis, diagnóstico, vida y quizás muerte con el SIDA. La experiencia de que una persona VIH-positiva hable con otra que también lo es – apoyo entre iguales – puede ser muy útil para liberarlas de sus temores y aislamiento provocados por su situación con respecto al VIH, y abrirles el camino para vivir de forma positiva. Las iglesias deberán proporcionar espacios seguros para la reunión de grupos, basados en la comunidad, de apoyo a las personas que viven con el VIH/SIDA. Además, la asociación entre las iglesias y las redes de personas que viven con el VIH y el SIDA es útil para vincular a las personas con grupos de apoyo, así como para la educación y el apoyo entre iguales.

---

5

- Una prueba anual de recuento celular CD4, si se dispone localmente.
- Actualización de los niveles de hemoglobina o hematocrito.
- Prueba de embarazo para las mujeres.
- Recuento periódico de glóbulos blancos totales y pruebas diferenciales, según sea necesario desde el comienzo de la terapia.
- Nivel de alanina o aspartato aminotransferasa en suero.
- Creatinina en suero y/o nitrógeno uréico en sangre.
- Glucosa en suero.

8.3 Para toda persona son de vital importancia una buena nutrición y un suministro adecuado de agua limpia. Para las personas que viven con el VIH y el SIDA estas necesidades son mayores. Si se satisfacen estas necesidades, es posible que muchas otras intervenciones se retrasen o no sean necesarias. Las iglesias deben asegurar que se facilite asesoramiento, capacitación y apoyo a los empleados, voluntarios y ordenandos, así como a sus cónyuges y personas a cargo, que viven con el VIH o el SIDA, acerca del aumento de las necesidades de energía y proteínas, así como sobre los alimentos que proporcionan micronutrientes fundamentales. Deberá facilitarse asimismo información sobre la forma de asegurarse de la inocuidad del agua. Puede hacerse esto en conjunción con las redes de personas que viven con el VIH o el SIDA y otros asociados.

## **9. Asesoramiento y pruebas voluntarias**

9.1. Deberá facilitarse a los empleados, voluntarios y ordenandos, así como a sus cónyuges y personas a cargo, el acceso a asesoramiento y pruebas voluntarias y confidenciales sobre el VIH, o bien por medio de la autoridad competente de la iglesia o bien, en los casos en que no se disponga de este servicio, ofreciendo información sobre dónde pueden encontrarse los servicios. Cuando estos servicios no se presten gratuitamente, las iglesias reembolsarán los costos de asesoramiento y pruebas voluntarias.

9.2. La autoridad competente de la iglesia designará una persona, ordenada o laica, que pueda facilitar a los empleados, voluntarios y ordenandos recomendaciones, asesoramiento y orientación sobre asuntos relacionados con el VIH o el SIDA.

## **10. Investigación del VIH y empleo**

10.1 Los posibles candidatos a la ordenación, empleados o voluntarios, o los actuales empleados o voluntarios no tienen ninguna obligación de informar a la autoridad competente de la iglesia sobre su situación con respecto al VIH.

10.2 La situación con respecto al VIH no se tendrá en cuenta para nada con vistas a la ordenación, empleo o colocación dentro de las iglesias.

10.3 La detección del VIH no se exigirá ni como condición de empleo ni para la continuación en el empleo.

## **11. Información y formación**

11.1 La autoridad competente de la iglesia facilitará información y formación sobre cuestiones que plantee en el lugar de trabajo la epidemia del VIH, o sobre respuestas apropiadas, y sobre las necesidades generales de las personas que viven con el VIH o el SIDA y sus cuidados.

11.2 Esta información y formación tendrán en cuenta el género, así como la raza, la discapacidad y la sexualidad humana.

11.3 La información incluirá la disponibilidad de organizaciones de apoyo locales para las personas con el VIH o el SIDA, y otras comunidades afectadas así como las

redes de personas que viven con el VIH o el SIDA que trabajan en colaboración con las iglesias.

11.4 En la medida practicable, esta información y formación se integrarán en programas existentes y en la formación de los ordenandos.

11.5 La formación de los empleados, voluntarios y ordenandos en relación con el VIH/SIDA se realizará durante las horas de trabajo remuneradas y la prestación de asistencia a todos los empleados, voluntarios y ordenandos, incluyendo toda la jerarquía dentro de las iglesias, se considerará parte de las obligaciones de trabajo.

11.6 Esta formación estará abierta, cuando sea practicable, a los cónyuges y personas a cargo de los empleados, voluntarios y ordenandos.

11.7 Las autoridades competentes de las iglesias recibirán formación sobre la aplicación de esta política.

## **12. Acomodación razonable**

12.1 Siempre y cuando sea practicable, las iglesias se acomodarán razonablemente a las necesidades especiales de los empleados, voluntarios y ordenandos que viven con el VIH o el SIDA o están directamente afectados por él.

12.2 Una acomodación razonable puede incluir un horario de trabajo flexible y la concesión de tiempo libre para citas de asesoramiento y atención médica, licencia de enfermedad prolongada, traslado a tareas más ligeras, trabajo a jornada parcial y acuerdos para el regreso al trabajo.

## **13. Estigma y discriminación**

13.1. Las iglesias reconocen que el rechazo, estigma y discriminación relacionados con el VIH y el SIDA son un pecado y algo contrario a la voluntad de Dios. Por ello, las iglesias no discriminarán a nadie por razón de una situación real o percibida en relación con el VIH en ninguna circunstancia, ni siquiera en relación con las oportunidades de colocación y ascenso.

13.2 Las iglesias establecerán procesos que permitan reconciliar con sus iglesias a las personas que viven con el VIH o el SIDA.

13.3. Los empleados, voluntarios u ordenandos que viven con el VIH o el SIDA no serán tratados de manera menos favorable que los empleados, voluntarios y ordenandos que padecen otras enfermedades graves.

13.4. La autoridad competente de la iglesia realizará actividades para afrontar el estigma relacionado con el VIH y el SIDA en las iglesias, incluso mediante la formación de los empleados, voluntarios y ordenandos y promoviendo un clima de trabajo abierto, aceptable y favorable para todos los que eligen revelar su situación con respecto al VIH.

13.5. Los empleados, voluntarios y ordenandos que discriminen a las personas que viven con el VIH o el SIDA serán sometidos a procedimientos disciplinarios en caso de que resulten ineficaces los esfuerzos de asesoramiento.

#### **14. Defensa del acceso universal**

El hecho de que millones de personas no reciban la terapia ARV que necesitan es una emergencia de salud mundial. Alrededor de seis millones de personas en países en desarrollo, que son VIH positivas, necesitarán una terapia antirretrovírica para 2005. Sin embargo, actualmente reciben el tratamiento sólo 440 000 personas. En África Subsahariana, donde vive la mayor parte de las personas que necesitan tratamiento, reciben los ARV sólo 150 000 personas<sup>6</sup>. Las iglesias están en condiciones favorables para participar en la defensa del acceso a los tratamientos para todas las personas que los necesiten.

#### **15. Viajes, destinos y vacunas**

15.1 Cuando se organicen viajes breves a otros países para los empleados, voluntarios y ordenandos de las iglesias, la autoridad competente de la iglesia les notificará las restricciones legales a la entrada de personas que viven con el VIH<sup>7</sup>. Si un empleado, voluntario u ordenando no puede realizar un viaje breve por esta razón o por cualquier otra razón de salud relacionada con el VIH, se buscará una acomodación razonable para encontrarle otras tareas.

15.2 Cuando se organice un viaje de larga duración o un nuevo destino de los empleados, la autoridad competente de la iglesia notificará al empleado los requisitos legales para la detección del VIH<sup>8</sup>. Cuando se exija la detección del VIH, la autoridad competente de la iglesia asegurará que se facilite al empleado un asesoramiento previo y posterior a las pruebas y se le reembolsará el costo de ese asesoramiento, si no puede obtenerse gratuitamente.

15.3 Si un empleado no puede asumir un destino en un determinado país debido a los requisitos que ese país establece en relación con el VIH, la autoridad competente de la iglesia adoptará medidas razonables para encontrarle otro puesto.

15.4 La autoridad competente de la iglesia deberá determinar qué restricciones se aplican a las personas con VIH que entran en el país. Si existen restricciones, la autoridad competente de la iglesia deberá pedir al gobierno que se revoken.

#### **16. Terminación del empleo**

16.1 La infección por VIH no es causa de terminación del empleo.

---

<sup>6</sup> OMS, Cobertura y necesidad del tratamiento antirretrovírico, <http://www.who.int/3by5/coverage/en/>, citado el 14 de septiembre de 2004

<sup>7</sup> Información sobre normas para la entrada y residencia de personas que viven con el VIH/SIDA en 168 países, en línea en Inglés, Francés y Alemán [www.aidsnet.ch/linkto/immigration/](http://www.aidsnet.ch/linkto/immigration/). Para obtener la información más actualizada convendrá consultar a la embajada del país correspondiente.

<sup>8</sup> Información sobre normas para la entrada y residencia de personas que viven con el VIH/SIDA en 168 países, en línea en Inglés, Francés y Alemán [www.aidsnet.ch/linkto/immigration/](http://www.aidsnet.ch/linkto/immigration/). Para obtener la información más actualizada convendrá consultar a la embajada del país correspondiente.

16.2 Los empleados, voluntarios y ordenandos con una enfermedad relacionada con el VIH continuarán en su empleo mientras sean médicamente aptos para realizar un trabajo disponible y apropiado.

16.3 En el caso de terminación de empleo a causa de la prolongación de la enfermedad, se concederán a los empleados, voluntarios y ordenandos aquejados de VIH o SIDA los mismos beneficios y condiciones que se aplican a la terminación causada por otras enfermedades graves.

### **17 Procedimientos para la presentación de reclamaciones y disciplinarios**

17.1 La autoridad competente de la iglesia facilitará los procedimientos que los empleados, voluntarios y ordenandos puedan utilizar para presentar reclamaciones relacionadas con el trabajo, inclusive sobre la falta de aplicación de esta política por parte de la iglesia.

17.2 Podrán incoarse procedimientos disciplinarios contra cualquier empleado, voluntario u ordenando que no cumpla esta política.

## Anexo 1

### Datos Epidemiológicos Regionales<sup>9</sup>

#### **La epidemia de VIH y SIDA en África Subsahariana**

África Subsahariana tiene poco más del 10% de la población mundial, pero alberga casi las dos terceras partes de todas las personas que viven con el VIH: unos 25 millones (intervalo: 23,1-27,9 millones). Se estima que, sólo en 2003, otros tres millones de personas (intervalo: 2,6-3,7 millones) se infectaron en esta región, mientras que 2,2 millones (intervalo: 2,0-2,5 millones) fallecieron a causa del SIDA. Entre los jóvenes de 15-24 años de edad, el 6,9% de las mujeres (intervalo: 6,3-8,3%) y el 2,1% de los varones (intervalo: 1,9-2,5%) estaban viviendo con el VIH al final del mismo año.

Muchos países africanos están experimentando epidemias generalizadas. Esto significa que el VIH se está propagando entre la población general en vez de quedar confinado a ciertos grupos, como profesionales del sexo y sus clientes, varones que tienen relaciones sexuales con varones y consumidores de drogas intravenosas. En África subsahariana, dado el crecimiento de la población adulta total, el número de personas que viven con el VIH sigue creciendo.

En África Subsahariana, parece haberse estabilizado la prevalencia del VIH entre adultos. Sin embargo, una prevalencia estable es posible solamente si nuevas infecciones sustituyen a las muertes relacionadas con el SIDA. Por ello, en África Subsahariana, una prevalencia estable sigue representando más de 2 millones de nuevas infecciones cada año.

#### **La epidemia de VIH y SIDA en Asia**

*Asia es ahora la región donde más rápidamente está creciendo la epidemia del SIDA en el mundo. Se estima que 7,4 millones de personas (intervalo: 5,0-10,5 millones) están viviendo con el VIH en Asia. Aproximadamente medio millón de personas (intervalo: 330000-740000) falleció por SIDA en 2003, y se cree que contrajo la infección por el VIH el doble: 1,1 millones.*

Asia se enfrenta con pocas posibilidades de evitar que el SIDA cause efectos más graves en la región. Con un 60% de la población mundial, Asia es actualmente la región donde la epidemia de SIDA está creciendo más rápidamente en el mundo. Esto se debe principalmente al pronunciado aumento de las infecciones de VIH en China, Indonesia y Viet Nam, que en conjunto representan casi el 50% de la población de Asia.

La región incluye a los países más poblados del mundo -China y la India-, con 2250 millones de personas entre ambos. En esos dos países, la prevalencia nacional del VIH es muy baja: 0,1% en China y entre 0,4% y 1,3% en la India. Pero una perspectiva más ajustada revela que ambos tienen epidemias sumamente graves en diversas provincias, territorios y estados.

---

<sup>9</sup> ONUSIDA, *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA*, 2004.

En China, a menos que se emprenda una acción eficaz, en 2010 puede haber 10 millones de personas infectadas por el VIH. El virus se ha propagado a la totalidad de las 31 provincias, regiones autónomas y municipios.

### **La epidemia de VIH y SIDA en América Latina y el Caribe**

*En América Latina y el Caribe, continúa creciendo el número total de personas que viven con el VIH. Se estima que 2 millones de personas (intervalo: 1,6–2,6 millones) viven con el VIH en estos países, cifra que incluye a 250 000 infectados en 2003. En el mismo año, el SIDA se cobró unas 120 000 vidas.*

En el Caribe, 52 000 personas contrajeron el VIH el año pasado, con lo que la cifra total de los que viven con el VIH ascendió a unos 430 000 (intervalo: 270 000–760 000). El SIDA causó la muerte de otras 35 000 personas el año pasado.

La epidemia del Caribe es predominantemente heterosexual y, en muchos lugares, se concentra en profesionales del sexo. Pero el virus también se está propagando entre la población general. Tres países del Caribe presentan niveles nacionales de prevalencia del VIH de, como mínimo, el 3%: Bahamas, Haití y Trinidad y Tabago y, además Haití es el más afectado con una prevalencia nacional del 5,6%.

En América Latina, la infección por el VIH, más que ser generalizada, tiende a concentrarse preferentemente en grupos de población con un riesgo particular. En la mayoría de los países de América del Sur, casi todas las infecciones están causadas por equipos de inyección de drogas contaminados o por relaciones sexuales entre varones.

### **La epidemia de VIH y SIDA en Europa oriental y Asia Central**

*En Europa oriental y Asia Central, se están registrando varias epidemias que no muestran signos de amainar. En 2003, se produjeron 360 000 nuevas infecciones con el VIH, con lo que la cifra total de personas que viven con el virus asciende a 1,3 millones (intervalo: 860 000–1,9 millones). Se calcula que el año pasado el SIDA se cobró 49 000 vidas.*

En Europa oriental, Estonia, Letonia, la Federación de Rusia y Ucrania son los países más afectados de la región, pero el VIH también sigue propagándose en Belarús, Kazajstán y la República de Moldova.

La principal fuerza impulsora que subyace a las epidemias de toda la región es el consumo de drogas intravenosas, una práctica que se ha propagado de forma explosiva durante los años de cambio turbulento que han seguido a la caída del régimen soviético. Solamente en la Federación de Rusia, se estima que hay 3 millones de personas que consumen drogas intravenosas. En Ucrania hay más de 600 000 y, en Kazajstán, hasta 200 000. Se estima que en Letonia y Estonia, el 1% de la población adulta consume drogas intravenosas. La mayor parte de los usuarios de drogas son varones.

### **La epidemia de VIH y SIDA en Oceanía**

*En Oceanía, el número total de personas que viven con el VIH sigue aumentando. Se estima que 32 000 personas (intervalo: 21 000–46 000) viven con el VIH en estos*



*países, cifra que incluye a 4800 afectadas en 2003. El SIDA se cobró unas 700 vidas durante el año pasado.*

En Australia, después de un declive sostenido, el número anual de nuevos diagnósticos de VIH ha vuelto a aumentar gradualmente durante un periodo de cinco años: de unos 650 casos en 1998 a alrededor de 800 en 2002. Papua Nueva Guinea, que comparte la misma isla con una de las provincias más afectadas de Indonesia, Irian Jaya, tiene la prevalencia más alta de infección por el VIH de Oceanía. Esta prevalencia es superior al 1% entre mujeres embarazadas de la capital, Port Moresby, y también de Goroka y Lae. La epidemia de Papua Nueva Guinea parece propagarse en gran medida por vía heterosexual.

En otras islas de Oceanía, los niveles de infección por el VIH son todavía bajos, pero existen tasas elevadas de otras infecciones de transmisión sexual. Los elevados niveles de otras infecciones de transmisión sexual indican patrones de comportamiento que también facilitarían la transmisión del VIH más allá de los profesionales del sexo y sus clientes.

### **La epidemia de VIH y SIDA en Oriente Medio y África del Norte**

*En Oriente Medio y África del Norte, según las últimas estimaciones, 75 000 personas contrajeron el VIH el pasado año, con lo que la cifra de personas que viven con el VIH ascendió a 480 000 (intervalo: 200 000–1,4 millones). En 2003 el SIDA mató a otras 24 000 personas. Existe la posibilidad de que aumente notablemente el VIH en esta región.*

El Sudán es el país más afectado de la región, con una prevalencia del 2,3%. La epidemia es más grave en la parte sur del país, donde se ha comunicado que la prevalencia del VIH entre las mujeres embarazadas es entre seis y ocho veces mayor que alrededor de Jartum, en el norte. En Sudán el coito heterosexual es la principal vía de transmisión.

Con excepción de algunos países, la vigilancia sistemática de la epidemia no está bien desarrollada en esta región. Además, es deficiente la vigilancia de poblaciones con mayor riesgo, como los consumidores de drogas intravenosas y los varones que tienen relaciones sexuales con varones. Esto significa que las epidemias potenciales en esas poblaciones no se están teniendo en cuenta.

### **La epidemia del VIH y SIDA en los países de ingresos elevados**

*En los países de ingresos elevados, el número de personas VIH-positivas sigue aumentando, debido en gran medida a la reducción de los fallecimientos gracias al acceso generalizado al tratamiento antiretroviral. Se estima que 1,6 millones de personas (intervalo: 1,1–2,2 millones) viven con el VIH, cifra que incluye a 64 000 que fueron infectadas en 2003.*

En los países de ingresos elevados, las muertes causadas anualmente por el SIDA han seguido disminuyendo gracias a la disponibilidad del tratamiento antiretroviral. Esto significa que las personas VIH positivas se mantienen sanas y sobreviven más tiempo que las personas infectadas en otros lugares. Por ejemplo, en los Estados Unidos, se registraron 16 371 muertes por SIDA en 2002, 19 005 menos que en 1998. En Europa Occidental, las muertes por SIDA disminuyeron de 3373 en 2001 a 3101 en 2002.

## Anexo 2

### Acuerdo de confidencialidad

**(Para que lo completen todos los empleados, voluntarios y ordenandos)**

1. He leído y comprendido esta Política sobre los lugares de trabajo.
2. Reconozco que, mediante la asociación con mi iglesia, puedo obtener información de carácter altamente personal y confidencial.
3. Comprendo que dicha información puede incluir información sobre personas:
  - que es posible que vivan con el VIH o el SIDA;
  - a las que se ha pedido que se sometan a una prueba de VIH o se les ha aconsejado que se sometan a una prueba de VIH;
  - están recibiendo o han recibido un tratamiento o asesoramiento que indican que es posible que vivan con el VIH o el SIDA;
  - pueden haber tenido experiencias que las coloquen en riesgo de contraer el VIH; o
  - han mantenido una asociación o relación estrecha con personas que viven con el VIH o el SIDA.
4. Revelaré esta información solamente cuando sea autorizado por la persona en cuestión.
5. Comprendo que la violación de este acuerdo puede dar lugar a una acción disciplinaria y posiblemente a procedimientos judiciales contra mí mismo y/o mi iglesia.

Firma.....

Fecha y Lugar.....

Testigo.....

Fecha y lugar.....